

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM FINANÇAS

Análise da viabilidade de implementação e desenvolvimento de
Microseguros de Saúde em Angola (município da Matala)

Kátia Nadina de Sousa Vicente

Orientação: Prof. Dra. Maria de Nazaré Barroso

Júri:

Presidente: Prof. Dra. Maria Teresa Medeiros Garcia

Vogais: Jorge Júlio Landeiro de Vaz

Maio/2011

Abreviaturas

CAGP – Consultative Group to Assist the Poor

IAIS – International Association of Insurance Supervisors

MFIs – Microfinance Institutions (Instituições Microfinanceiras)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

CIRC – China Insurance Regulatory Commission

ILO – International Labour Organization

ITS – Infecções de Transmissão Sexual

CATV – Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária

CDPA – Centro de Desenvolvimento de Parcerias em Angola (CDPA)

OMA – Organização da Mulher Angolana

PPP – Parceria Público Privada

Abstract

Micro-insurance is a form of insurance primarily targeted for the lower income segment customers who are generally ignored by commercial insurers and excluded by the social security projects. Nowadays, the implementation and development of micro-insurance projects in diverse areas are being used as a way to minimize vulnerability and future adversities by the poorest people in various countries in the world, as well as a manner to increase the social inclusion.

After presenting a theoretical framework on micro-insurance and the mechanisms for its implementation, development and expansion, as well as its limitations, this study aims to describe and understand the reality of micro-insurance and the system health in Angola, namely in the municipality of Matala, in order to analyze the feasibility and potential of developing a health micro-insurance project for this region.

The municipality's health system was analysed, including its limitations and how this affect the daily lives of the population. The questionnaires results allowed knowing the profile of the population, in order to understand their needs and what they would like to see covered and measures the willingness to buy micro-insurance coverage.

Finally, in order to implement and develop the project, some measures are proposed, taking in account the reality of the municipality and the study results.

Keywords: micro-insurance, demand for micro-insurance, micro-insurance health project, low income segment, social inclusion.

Resumo

O microseguro constitui uma forma de seguro direccionada essencialmente para o segmento da população de baixos rendimentos que é, consequentemente, ignorado pelas seguradoras comerciais e excluído dos projectos de segurança social. Actualmente, tem vindo a verificar-se, a nível internacional, a implementação e desenvolvimento de projectos de microseguro nas mais variadas áreas, como forma de minimizar a vulnerabilidade face às adversidades futuras por parte da população mais carenciada.

Após efectuar um enquadramento teórico sobre o que caracteriza o microseguro, quais os mecanismos para a sua implementação e desenvolvimento, bem como as suas principais limitações, o trabalho realizado teve como objectivo analisar a viabilidade e potencialidade de desenvolver um projecto de microseguros na área da saúde em Angola, mais concretamente, no município da Matala.

Através de uma análise descritiva mostrou-se qual é a realidade de saúde do município, nomeadamente as suas limitações, e como estas afectam o quotidiano da população. A aplicação de questionários permitiu traçar o perfil da população, compreender quais as necessidades que desejariam ver cobertas e medir a sua vontade para adquirir microseguros para cobertura dos riscos que mais os afectam.

Para finalizar, propõem-se algumas medidas para implementar e desenvolver o projecto, tendo em conta a realidade do município e os resultados do estudo.

Palavras-chave: microseguro, procura de microseguros, projecto de microseguro de saúde, classe de baixo rendimento, inclusão social.

Índice

Abreviaturas	2
Abstract	3
Resumo.....	4
Lista de Gráficos.....	7
Lista de tabelas	8
Prefácio	Error! Bookmark not defined.
Agradecimentos	10
I-Introdução.....	11
II-Revisão de literatura.....	13
2.1- Conceito de microseguro	13
2.2-A expansão do microseguro.....	15
2.2.1-Fomento da educação	15
2.2.2-Tecnologia	15
2.3-Dificuldades no acesso das seguradoras ao mercado de baixo rendimento.....	16
2.4-Legislação	17
2.5-Canais de distribuição e intermediários financeiros	19
2.6-Expansão das seguradoras para o mercado de baixos rendimentos	20
2.6.1-Desafios	20
2.7-Diversidade dos produtos de microseguros	22
2.7.1-Exemplos de microseguros	22
2.7.2-Microseguros de saúde.....	23
2.7.3-Microseguros de saúde em África	24
2.7.4-Microseguros de saúde no mundo	25
III-Contextualização e desenvolvimento do projecto.....	27
3.1-Characterização do município	27
3.1.1-Contextualização de Angola no mercado de seguros	27
3.1.2-Characterização económica e social do município	28
3.1.3-Sistema de saúde do município.....	30
3.1.4-Problemas relacionados com o sistema de saúde	31
3.2- Metodologia de trabalho.....	32
3.2.1- Análise descritiva.....	33
3.2.1.1- Caracterização da amostra	33
3.2.1.2-Análise da penetração dos seguros.....	38

3.2.1.3-Análise da procura de microseguros	40
3.2.1.4-Análise da satisfação dos inqueridos face aos serviços de saúde.....	47
3.2.1.5-Reservas sobre os resultados dos questionários	54
IV-Criação do projecto de microseguro de saúde	56
4.1-Criação de uma parceria público privada	57
4.1.1-Administração Municipal	58
4.1.2-Instituição Micro-Financeira.....	59
4.1.3- Seguradora	59
4.1.4- Organizações Não Governamentais (ONG)	59
4.1.5- Instituições de Apoio ao Desenvolvimento Social.....	60
4.1.6- Sobas	60
4.2- Medidas para a implementação do projecto	60
4.2.1- Implementação do microcrédito.....	60
4.2.2- Caracterização da população alvo	61
4.2.3- Definição do produto.....	62
4.2.3.1- Linha telefónica.....	63
4.2.3.2 - Saúde preventiva	63
4.2.3.3 - Medicamentos	64
4.2.3.4 - Hospitalização	64
4.2.3.5 - Assistência médica - transporte.....	65
4.3 – Expansão do conhecimento sobre microseguros	66
Conclusão	69
Referências bibliográficas	72
Sítios da Internet	74

Lista de Gráficos

Gráfico 1-Nível salarial.....	37
Gráfico 2-Número de filhos no agregado familiar	38
Gráfico 3-Conhecimento de seguros	39
Gráfico 4-Conhecimento de microseguros	40
Gráfico 5-Conhecimento de microcrédito	40
Gráfico 6-Microseguro de colheitas	43
Gráfico 7-Microseguro de doença e morte de gado	43
Gráfico 8-Microseguro de saúde	43
Gráfico 9-Microseguro de compra de medicamentos (saúde)	43
Gráfico 10-Microseguro de período de gravidez (saúde)	44
Gráfico 11-Microseguro de Funeral	44
Gráfico 12-Microseguro de roubos	45
Gráfico 13-Microseguro de casamentos	45
Gráfico 14-Microseguro de incêndios	45
Gráfico 15-Microseguro de danificação de instrumentos de trabalho	45
Gráfico 16-Microseguro de renda em caso de morte da pessoa que aufera o rendimento familiar	46
Gráfico 17-Microseguro para as despesas futuras de educação para os filhos.....	46
Gráfico 18-Microseguro de vida	47
Gráfico 19-Frequência aos serviços de saúde.....	48
Gráfico 20-Distância percorrida até ao posto de saúde mais próximo	49
Gráfico 21-Meios utilizados para deslocação ao posto de saúde mais próximo	49
Gráfico 22-Custo de transporte dos inquiridos até ao posto de saúde mais próximo	50
Gráfico 23-Duração da viagem até ao posto médico mais próximo	51
Gráfico 24-Tempo de espera no posto médico	51

Lista de tabelas

Tabela 1-Género, estado civil e zona residencial.....	34
Tabela 2-Nível etário	35
Tabela 3-Nível de escolaridade	36
Tabela 4-Disposição para adquirir microseguros	41
Tabela 5-Variáveis estatísticas para medir a disposição dos inquiridos para adquirir microseguros	41
Tabela 6-Nível de satisfação face à qualidade de atendimento no posto de saúde	52
Tabela 7-Disposição para contribuir financeiramente para melhorar o serviço de saúde	53
Tabela 8-Variáveis estatísticas para medir o nível de contribuição financeira, para melhorar a qualidade do serviço de saúde	54

“Como é maravilhoso ver que ninguém precisa esperar um
só momento para começar a melhorar o mundo.”

Anne Frank

Agradecimentos

Os meus primeiros e profundos agradecimentos vão para a minha orientadora, Professora Doutora Maria de Nazaré Barroso, pela sua disponibilidade, atenção, apoio, compreensão, paciência, sentido de crítica e, acima de tudo, pelo elevado profissionalismo sempre demonstrado ao longo desta jornada.

Aos meus queridos pais que me ensinaram muito do que sei hoje e que sempre me apoiaram de forma incondicional.

Gostaria de agradecer de forma especial a todas as pessoas que responderam aos questionários, a Administração Municipal da Matala bem como as pessoas que contribuíram para que este trabalho fosse possível, como tal, agradeço de forma sincera ao Denilson Vicente, ao Nuno Santos e ao Paulo Sousa, pela solidariedade e apoio sempre demonstrados.

Os conhecimentos adquiridos e as experiências vividas, ao longo destes dois anos e meio de mestrado, só foram realizáveis graças ao empenho e profissionalismo de todos os professores, que sempre me apoiaram bem como a amizade e companheirismo de todos os colegas o que contribui para o bom ambiente característico desta instituição.

Por último, aos meus familiares e amigos pessoais, especialmente ao Hendrick Vicente e ao Adonai Peres que sempre me apoiaram e me deram forças para acreditar que era possível ultrapassar todos os obstáculos neste percurso.

A todos, um sincero, MUITO OBRIGADO!

I-Introdução

Actualmente existem mais de quatro mil milhões de habitantes no mundo, dos quais a maioria sobrevive com uma média de dois dólares por dia. Estes dados constituem um alarme para a gravidade em que se encontra a maior parte da população em termos de saúde, educação, segurança alimentar, segurança financeira, catástrofes naturais, entre outros, e chamam a atenção para a necessidade de se intensificar e expandir os projectos de inclusão social.

O microseguro constitui um desses projectos que tem como finalidade fornecer produtos de seguros, nas mais variadas modalidades, a preços que sejam acessíveis para as pessoas que dispõem de baixos rendimentos, com vista a fornecer-lhes maior protecção face a situações adversas e diminuir assim a sua vulnerabilidade financeira. Reduzindo a vulnerabilidade das pessoas de baixos rendimentos, o microseguro apoia o desenvolvimento macroeconómico dos mercados emergentes e limita o impacto dos choques, bem como ajuda a proteger o rendimento dos pobres.

Existem projectos de microseguro a ser desenvolvidos por todo mundo. Na região da Ásia – Pacífico, que possui a maior parte da população mundial de baixos rendimentos, os microseguros cresceram rapidamente, particularmente na Índia e no Bangladesh, enquanto outras iniciativas estão a ser observadas mais recentemente na China e Filipinas. Um forte crescimento também se tem verificado na América Latina, particularmente no Brasil, México, Peru e Colômbia. Na Europa central e do leste este crescimento tem sido lento. No que concerne ao continente africano, este constitui um mercado virgem e oferece um potencial tremendo de crescimento. Já se desenvolvem projectos de microseguro em países como África do Sul, Uganda, Tanzânia, Malawi e outros. Em Angola, porém, os projectos de microseguro são inexistentes, apesar do elevado número de pessoas excluídas dos projectos de segurança social.

Para a expansão do microseguro é necessário o fomento da educação das pessoas de baixos rendimentos, perspicácia das organizações de microcrédito, maior participação activa e proactiva das entidades estatais e a inovação dos produtos oferecidos e canais de distribuição. É importante criar-se incentivos para uma participação maior das seguradoras formais de modo a desenvolver um mercado mais eficiente e abrangente.

Tendo em conta este quadro, este trabalho tem dois objectivos. Primeiro, analisar as condições existentes para o desenvolvimento de microseguros na região da Matala (Angola) e estimar o potencial de mercado. Segundo, elaborar um projecto de implementação de microseguros de saúde na mesma região.

O trabalho é constituído por mais quatro secções além desta introdução. Na segunda secção é feito o enquadramento teórico, com o desenvolvimento do conceito de microseguro, bem como dos parâmetros que estão associados ao seu desenvolvimento e expansão e é feita, ainda, a apresentação de alguns exemplos de projectos de microseguro que se encontram em desenvolvimento pelo mundo, com ênfase na modalidade de saúde.

A terceira secção é constituída por duas partes. A primeira faz uma breve caracterização do município em estudo. A segunda descreve a metodologia do trabalho que corresponde a uma análise descritiva e comparativa. A análise descritiva visa caracterizar as variáveis utilizadas no inquérito, compreender a procura por microseguros e estudar a potencialidade do mercado para o desenvolvimento de projecto microseguros de saúde. A análise comparativa tem como propósito estudar se existem diferenças, relativamente as variáveis de estudo, entre o município de análise (Matala), que constitui o segundo município mais importante da província da Huíla e, de certa forma, uma área mais rural, e o município do Lubango, que constitui a capital da província da Huíla e como tal o município mais importante e de carácter mais urbano.

A quarta secção é dedicada à elaboração do projecto de microseguro de saúde. Nesta secção são explanadas algumas das etapas para se desenvolver e implementar o produto, nomeadamente, caracterização do segmento alvo, definição do produto ou serviço a oferecer, modelo de desenvolvimento e quais as ferramentas mais eficientes de comunicação, expansão, gestão e controlo do projecto.

A quinta secção apresenta os comentários finais em modo de conclusão do trabalho.

II-Revisão de literatura

2.1- Conceito de microseguro

Os seguros constituem uma forma financeira de tomar precauções face a eventos futuros que vão contra as nossas expectativas. Contudo, estes são maioritariamente usados nas economias dos países industrializados dado que Isto reflecte-se numa baixa penetração dos seguros, nomeadamente nos países em vias de desenvolvimento, o que constitui uma barreira para o desenvolvimento económico e financeiro do país dado que limita a capacidade de captação de poupança, a integração do sistema financeiro e, consequentemente, reduz os recursos para as políticas de investimento. Este processo conduz a um ciclo vicioso que culmina num fracasso do Estado, no que concerne às suas funções de provedor de bem-estar da população fornecendo, assim, serviços sociais, nomeadamente de saúde e educação, de baixa qualidade e insuficientes. Deste modo, o baixo nível de educação que caracteriza estes países contribui para a geração de capital humano pouco qualificado, o que dificulta a sua integração no mercado formal e, consequentemente, contribui para a sua marginalização social.

Perante esta triste realidade, surgiu nos anos 70 um professor de economia, Mohammed Yunus¹, que compreendeu que a falta de acesso ao crédito era uma grave restrição à melhoria das condições de vida de muitas famílias (Yunus, 2000). Assim, em 1976 fundou o primeiro banco de microcrédito, o *Grameen Bank*², que, contava com 10 membros e concedeu empréstimos no valor de US\$ 0,001 milhões, para em 2009 dispor de 7970616 membros e conceder empréstimos no valor de US\$ 1150,54 milhões (Grameen, 2010). No entanto, com o passar do tempo e com a maturidade deste e outros programas de microcrédito, as micro instituições financeiras (MFIs, do inglês *Micro Financial Institution*) sentiram a necessidade de precaver-se dos riscos de morte,

¹ É um economista e banqueiro bengali. Em 2006 foi laureado com o Nobel da Paz. Pretende acabar com a pobreza através do banco que fundou, do qual é presidente e do qual o governo de Bangladesh é o principal accionista.

² É o primeiro banco do mundo especializado em microcrédito com o objectivo de reduzir a pobreza no mundo. Opera como uma empresa privada auto-sustentável e gerou lucros em quase todos os anos da sua operação, excepto no ano da sua fundação. Já conta com 2.185 agências e, desde a sua fundação, emprestou o equivalente a 5,72 bilhões de dólares para 6,61 milhões de mutuários, 97% dos quais são mulheres. Dispõe a 71.371 agências e possui um quadro de 18.795 funcionários remunerados. A sua taxa de risco de crédito tem sido extremamente baixa (1,15%)

desemprego, incapacidade física e invalidez dos seus clientes, já que estes eventos eram as principais causas de incumprimento dos contratos. Perante esta necessidade de cobertura surgiu o microseguro.

O termo *microinsurance* (microseguros) passou a ser conhecido desde 1990 e passou a receber especial atenção nos anos recentes visto que começaram a cobrir a lacuna existente, até então, dos seguros normais. Segundo Churchill (2007) pode-se descrever o microseguro como a protecção que é dada a pessoa de baixos rendimentos contra riscos específicos, em troca do pagamento de um prémio regular, proporcionado ao estilo de vida e ao custo do risco envolvido de cada segurado. Esta definição é semelhante à do seguro normal, com a diferença de que o mercado alvo, neste caso, engloba pessoas com baixos rendimentos. Podemos acrescentar a esta definição, de acordo com IAIS-CGAP (2008)³ que estes microseguros podem ser fornecidos por vários tipos de entidades, desde que respeitem as práticas de seguro geralmente aceites, que devem incluir os Princípios Básicos de Seguros (PBS)⁴.

O microseguro, como já foi referido acima, é geralmente direccionados para as famílias que apresentam baixos rendimentos e que são, conseqüentemente, ignoradas pelas seguradoras comerciais e marginalizadas pelos projectos de segurança social. Normalmente, estas pessoas exercem a sua actividade profissional por um lado, na economia paralela ou, mais formalmente dizendo, na economia informal cujo acesso à segurança social se encontra limitado e, por outro, correspondem a trabalhadores do sector formal que auferem baixos rendimentos e cujos serviços de segurança social não são suficientes para proverem às suas necessidades. Assim, estes produtos constituem mais uma opção disponível no mercado para ajudar as pessoas a gerir mais facilmente as crises financeiras e vulnerabilidades que possam enfrentar ao longo das suas vidas.

³ Trabalho Conjunto IAIS-CGAP sobre Microseguros¹ - A *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS) elabora princípios e padrões sobre a regulação e a supervisão de seguros. O *Consultative Group to Assist the Poor* (CGAP) *Working Group on Microinsurance* foi criado em 2002. Possui 80 membros que representam organizações doadoras, agências internacionais, especialistas em desenvolvimento de sistemas financeiros, seguradoras privadas e outras partes interessadas.

⁴ Princípio mutual - Entende-se por mutualidade “um agrupamento de pessoas que põem em comum um certo número de riscos. Cada vez que um deles se realiza, o prejuízo fica a cargo do grupo. Assim, o dano distribui-se entre um grande número de patrimónios que os suportam facilmente, quando teria sido catastrófico para um só” (Parès); Princípio da organização empresarial - A acumulação de prémios deve ser efectuada por uma organização empresarial, única forma de poder desenvolver a actividade de seguros com as garantias de solvência suficientes. Essas garantias são: Lei dos grandes números, Homogeneidade dos riscos, Homogeneidade qualitativa dos riscos, Provisões técnicas, Margem de solvência.

2.2-A expansão do microseguro

Actualmente, o microseguro ainda é um fenómeno primário nos países em vias de desenvolvimento, isto porque a penetração dos seguros é muito baixa e os projectos governamentais de segurança social apenas cobrem uma pequena minoria dos cidadãos o que faz com que a consciencialização das pessoas para esta temática seja muito reduzida, o que dificulta o desenvolvimento do microseguro. De acordo com Churchill (2007) os governos devem facilitar e ajudar a actuação das microseguradoras, promovendo a criação de parcerias entre os projectos de segurança social e o microseguro, de modo a trabalharem juntos para alcançarem uma maior eficiência e serem mais efectivos.

2.2.1–Fomento da educação

É necessário para o desenvolvimento desta consciencialização que os governos dos vários países desenvolvam medidas no sentido de que as pessoas compreendam o que são seguros, qual o possível impacto no seu estilo de vida presente e futuro, bem como o seu contributo para o crescimento da economia como um todo. Para que isto se verifique, autores como Churchill (2007), González (2007) Matal (2008), entre outros, defendem que por um lado, a intensificação da educação está na base da aceitação e implementação de seguros, visto que a maioria da população dos países em vias de desenvolvimento apresenta pouca ou nenhuma habilitação literária o que a torna incapaz de perceber a linguagem dos seguros habituais, bem como a sua real aplicabilidade e fins. Com maiores conhecimentos sobre o que são seguros bem como outros conceitos financeiros verificar-se-á, com certeza, um aumento da confiança das pessoas e, consequentemente, uma maior participação pelo facto de reconhecerem e apreciarem o seguro como instrumento financeiro que podem utilizar efectivamente e que contribui para o incremento do seu bem-estar.

2.2.2-Tecnologia

Reduzir os custos de transacção é um dos principais desafios das empresas microseguradoras. Um aspecto que deve ser tomado em consideração é a inovação tecnológica e a eficiência das infra-estruturas através da aplicação, por um lado, de tecnologias na gestão de um elevado número de apólices o que possibilita a redução dos custos de gestão e, consequentemente, o valor do prémio a cobrar e, por outro, criar infra-estruturas que vão de acordo com as necessidades dos potenciais segurados no que concerne a localização, nível de profissionalismo, linguagem utilizada, estrutura dos

contactos, meios de pagamento, bem como o nível de proximidade (Roth, 2008). Como tal, é fundamental apostar nas tecnologias como forma de reduzir a sobrecarga administrativa que tem um impacto directo sobre o valor dos prémios que os clientes irão pagar. De acordo com um estudo publicado pela *Microinsurance Network* (2009) as tecnologias utilizadas pelas microseguradoras classificam-se em três categorias:

- Interface cliente: corresponde aos elementos que asseguram a distribuição. É composto pelas pessoas implicadas nos canais de distribuição e pelas ferramentas que utilizam para fornecer e receber as informações;
- Tratamento das transacções: é concebido de maneira a preservar a estabilidade e a coerência de um sistema informático com o objectivo de assegurar que as operações executadas por meio do sistema estão interligados e são concluídas ou canceladas com êxito;
- Análise e tratamento de dados: faz referência ao funcionamento de gestão dos dados da empresa, isto é, refere-se à capacidade do organismo definir com precisão, integrar de forma harmoniosa e, em seguida, recuperar os dados necessários tanto para aplicações internas bem como comunicação externa

De acordo com o estudo, as principais preocupações das instituições financeiras referem-se ao tratamento das transacções, nomeadamente recolha de prémios e pagamento de indemnizações, que devem ser o mais simples e eficiente possível.

2.3-Dificuldades no acesso das seguradoras ao mercado de baixo rendimento

As seguradoras são empresas e, como tal, têm como objectivo fulcral a obtenção de lucro ao menor custo possível. Apesar da veracidade da ideia de que o mercado de baixos rendimentos tem potencial para gerar lucros as seguradoras preferem não se aventurar visto que, por um lado, os produtos que normalmente comercializam não vão de encontro às características específicas do mercado de baixos rendimentos e, por outro, as seguradoras não dispõem dos mecanismos mais indicados para gerir certos riscos dos seguros prestados como a selecção adversa⁵, as elevadas despesas em que incorrem ao servir clientes que podem não estar familiarizados com seguros, recolher prémios de pessoas que não têm contas bancárias e avaliar e pagar pequenos créditos

⁵ É um fenómeno de informação assimétrica que ocorre quando os compradores "seleccionam" de maneira incorrecta determinados bens e serviços no mercado. Neste caso é uma assimetria de informação anterior ao contrato de seguro.

(Churchill, 2007). São despesas relativamente elevadas que, por vezes, acabam por não ser cobertas em virtude do baixo valor de prémios que as seguradoras têm de aplicar de modo a atrair os potenciais clientes. No entanto, Roth (2008) defende que só o sector formal de seguros tem os recursos, financeiros e técnicos, necessários à expansão do microseguro e como este se movimenta por lucros, é necessário ajudá-los a desenvolver produtos que, para além de irem de encontro às necessidades da população, permitam a obtenção de lucro para as seguradoras.

Assim, a exploração do mercado de baixos rendimentos pelas seguradoras passa por entender a procura e os riscos com os quais não estão familiarizadas. Isto implica, de acordo com Churchill (2007) fazer parceria com novos canais de distribuição; ajustar os seus mecanismos de controlo para se ajustar aos riscos de microseguro; adequar os requerimentos restritos de contabilidade e de prestação de informações; educar e treinar os seus empregados para esse ramo; descobrir meios para avaliar o risco dos clientes sem histórico; ajustar as tábuas para os cálculos actuariais e obter incentivos ou subsídios.

2.4-Legislação

É importante que os legisladores ajudem a promover a expansão do mercado de microseguros. Como tal, devem encontrar formas de legislar os diferentes riscos que afectam os pobres, bem como, os novos canais de distribuição que melhor se adaptam para servir este segmento do mercado.

Assim, com o intuito de criar as condições propícias para o desenvolvimento e consolidação do microseguro, a questão legislativa é um ponto fulcral ao qual se deve prestar bastante atenção, nomeadamente aos aspectos, indo de acordo com o estudo da Sigma (2010), relacionados com a exigência de elevados capitais para a constituição de empresas seguradoras, o que pode impedir a entrada de instituições microseguradoras especializadas, dado que não dispõem de grandes volumes de capitais, os requerimentos chave de gestão que não vão de encontro aos mecanismos de trabalho de uma microseguradora, os relatórios são feitos com base em requerimentos complexos que podem tornar os custos de gestão e administração provavelmente elevados para os pequenos operadores de microseguro e a linguagem utilizada nos contratos deve ser mais clara e limpa de termos jurídicos. Segundo IAIS-CGAP (2008) os legisladores devem, também, criar normas que permitam a oferta de produtos compostos porque em

determinadas circunstâncias mostram-se mais eficazes para os pobres visto que cobrem múltiplos riscos. Segundo Churchill (2007) deve-se rever igualmente a legislação a aplicar-se às seguradoras comerciais que prestam serviços aos mais pobres pois isso poderá afectar negativamente alguns dos seus indicadores de desempenho e performance. Deve rever-se, também, a problemática da atribuição de licença para vender microseguros, nomeadamente, quanto tempo de treino, as estruturas das comissões a pagar, entre outros, pois são aspectos que podem inflacionar os preços do prémio.

Os governos devem trabalhar no sentido de minimizar as barreiras e desenvolver mercados eficientes que encorajem a inovação e a competitividade, através da diminuição de exigências para as normas de licenciamento dos intermediários, na rigorosidade dos requerimentos, na restrição da oferta de produtos e criar condições para que as microseguradoras possam aceder ao resseguro.

A falta de legislação cria condições para que muitas microseguradoras e empresas similares exerçam a sua actividade na ilegalidade, o que acaba por se reflectir nos preços que muitas das vezes não correspondem à realidade visto que, não têm em conta os princípios actuariais levando a situações de, por um lado, vendas enganosas e por outro, a falência das próprias microseguradoras dado que não respeitam os termos de provisões e reservas técnicas suficientes para o desempenho das suas actividades, o que contribui para a degradação da imagem da actividade de seguros no meio dos pobres (Churchill, 2007). Esta ausência de supervisão contribui também, por um lado, para que os clientes não tenham protecção como consumidores e estejam expostos a todos os riscos e, por outro, a falta de licença de funcionamento das microseguradoras condena-as ao fracasso pois não podem recorrer a modalidades de resseguro e estão sujeitas a serem encerradas a qualquer momento.

Assim, a criação de uma forma particular de instituição de microseguro com menores exigências de capital e com operações direccionadas para o segmento de mercado de baixos rendimentos, devem ser acompanhadas de directrizes especificando controlos internos mínimos, limites operacionais e outras práticas para assegurar que exposições e riscos de investimento sejam mantidos dentro de níveis consistentes das normas de prudência e tolerância de risco e permitam o desenvolvimento desta nova vertente de seguros.

2.5-Canais de distribuição e intermediários financeiros

Para o desenvolvimento e expansão do microsseguro, é necessária uma reformulação dos canais de distribuição utilizados pelas seguradoras de modo a serem adaptados às necessidades deste novo mercado. Isto passa por uma actividade mais próxima do cliente, menos formal e com uma linguagem mais simples. De acordo com IAIS-CGAP (2008) devem usar canais de distribuição que sejam inovadores, mais directos e o mais simples possível como:

- Os meios de distribuição devem explicar correctamente o que são microsseguros através de teatros ambulantes, de vídeos, testemunhos, de pinturas, banda desenhada e descrever as fases de subscrição bem como a de indemnização que são extremamente importantes;
- Adaptar o processo de vendas para que dependa o menos possível de modelos baseados em consultas de alto custo e sim numa divulgação clara e transparente;
- Utilizar IMFs, escolas, instalações de cuidado de saúde, empregados, grupos locais, igrejas, organizações não governamentais, associações de crédito e pessoal de cooperativas para comercializar os produtos de microsseguros através de lojas, companhias de telecomunicações móveis e outras instituições que tenham acesso a famílias de baixa renda.

As IMFs têm um canal de entrega eficiente para o segmento dos mais pobres e o desejo de oferecer produtos de qualidade, mas não dispõem da experiência para comercializarem produtos de seguros. Só as seguradoras dispõem dessa perícia, mas não têm a eficiência dos canais de entrega para este sector. Esta complementaridade torna esta parceria potencialmente adequada (McCord, Mutesasira, Mukwana, Sekiranda, 2000)

Este último ponto requer alguma atenção dado que envolve um relacionamento com terceiros e como tal nem sempre se regem pelos mesmos princípios das microsseguradoras. Nesse sentido, de acordo com McCord, Osinde (2005) é importante trabalhar na convergência de interesses e na construção de uma imagem de cooperação credível e idónea que passa por trabalhar na construção de um produto que se possa identificar como pertencente a todas as instituições que participam na sua produção, bem como na comercialização, de modo a que o empenho na divulgação deste seja o melhor possível. Deve-se, igualmente, procurar trabalhar com profissionais sérios, nomeadamente, os colaboradores de saúde e os prestadores de indemnizações, pois a

falta de qualidade nos serviços prestados em qualquer uma das partes envolvidas implica um impacto negativo nas outras.

2.6-Expansão das seguradoras para o mercado de baixos rendimentos

É importante que as seguradoras comerciais tenham presente que têm pouco conhecimento sobre o microsseguro e, como tal, têm de estar abertas a novas ideias visto que, como provedores de seguros, podem ajudar a construir uma cultura de seguros em virtude de servirem de forma justa e equitativa as necessidades dos seus clientes (Churchill, 2007). Assim, a implementação das seguradoras neste novo segmento de mercado passa por ganhar a confiança dos clientes que pode ser alcançada através da fomentação da educação sobre os mesmos

2.6.1-Desafios

Para este novo segmento de mercado as seguradoras devem ser criativas de maneira a dar a melhor resposta possível às necessidades dos consumidores através do design dos produtos, canais de distribuição, política do negócio, formação dos intermediários bem como os próprios valores da seguradora.

Uma das maneiras que pode ser utilizada para alcançar estes objectivos, segundo Radermacher (2008), consiste em envolver segurados ou potenciais clientes, bem como pessoas que sejam líderes ou que venham das comunidades locais nas actividades da seguradora, de modo a compreender efectivamente o projecto, o que contribuirá para uma maior transparência, confiança, lealdade e participação, por parte da população, o que irá diminuir consequentemente os custos administrativos bem como os prémios. Para Matul (2008) a conquista dos mercados de baixos rendimentos passa por preparar e desenvolver os conceitos financeiros nas pessoas de baixo rendimento pois só assim serão capazes de ser mais proactivas na gestão do dinheiro. Ajudá-los a entender as suas necessidades financeiras e a importância do microsseguro é um dos instrumentos para ajudá-los a construir os seus activos. Programas de educação financeira, workshops colectivos, consultoria individual, campanhas de integração social são decisivos para essa expansão. Já Manje (2008) acredita que a expansão para os mercados de baixos rendimentos deverá focar-se nos produtos voluntários e na satisfação dos consumidores. Assim, sugere que a mensuração dessa expansão deverá ser feita através do crescimento do acesso a bens de qualidade de produtos “voluntários” de microsseguro. Defende

também que o nível de educação não é um factor forte para a compreensão dos produtos de consumo.

Outro aspecto importante que deve ser tomado em consideração é o pagamento do sinistro que é, indiscutivelmente, a oportunidade mais precisa para reforçar o valor do seguro e como tal a confiança nas seguradoras logo, deve ser feito num curto espaço de tempo, segundo Patel (2008) entre 24 a 72 horas, de forma simples e evidenciar claramente o que está coberto e o que não está de modo a mitigar a incidência de fraude e risco moral.

Outra ideia, segundo Churchill (2007) é de que as seguradoras devem evitar despender esforços para obter lucros no curto prazo visto que, para além de ser quase impossível alcançar este objectivo agindo de forma legal, estas podem reforçar a percepção negativa por parte dos pobres face às seguradoras. Contrariamente a isto devem sim trabalhar no sentido de maximizar a lealdade dos consumidores com a expectativa de que hoje são clientes com baixos rendimentos mas que amanhã podem ser de classes superiores.

Outro agente que deve desempenhar um papel proactivo é o Estado, visto que tem a obrigação de fornecer condições para o bem-estar de todos e como tal pode criar e desenvolver políticas no sentido de subsidiar o acesso dos mais desfavorecidos ao microseguro através de práticas de redistribuição. De acordo com o IAIS-CGAP (2008) o governo deve definir o propósito e o alcance de um pacote mínimo garantido de segurança social e organizar o acesso a esse pacote por meios legislativos e regularizados. Este também pode delegar a responsabilidade de distribuição desse pacote a várias entidades nos sectores públicos e privado. No entanto isto deve funcionar em paralelo com as microseguradoras de modo a alcançar o maior número possível de famílias.

A nível macro, é necessário um ambiente macroeconómico e político facilitador e estável para criar e consolidar uma política financeira favorável à população de baixa renda, por exemplo em termos de baixos níveis de inflação, conformidade das tarifas aduaneiras, carga fiscal, entre outras.

2.7-Diversidade dos produtos de microseguros

2.7.1-Exemplos de microseguros

Actualmente existe uma grande variedade de produtos de microseguros disponíveis no mercado. De acordo com estudos realizados pela IAIS-CGAP (2008) e pela Sigma (2010), destacam-se os seguintes produtos:

Microseguro de vida (crédito): é um produto obrigatório, ligado ao microcrédito, pelo qual as IMFs ou as seguradoras parceiras absorvem o risco de não pagamento em caso de morte dos seus clientes (cobrem o empréstimo e por vezes, despesas de funeral e ajuda financeira à família núcleo da vítima/segurado). Actualmente é o produto mais vendido em termos globais e foi o primeiro a ser comercializado pelas IMFs, contribuindo para a criação da sensibilização sobre o que são seguros.

Microseguro de vida: fornece benefícios monetários ao beneficiário em virtude de um evento de morte, acidente ou incapacidade do tomador do seguro. Este inclui também seguro de funeral.

Microseguro poupança: combina poupança e protecção. Movimenta poupanças para o tomador de seguro e seus dependentes.

Os produtos vidas são os mais populares e espera-se que sejam os que irão apresentar maior crescimento com a expansão do mercado.

Microseguro saúde: cobre despesas médicas para a prevenção, tratamento e despesas não médicas directas, como transporte e alimentação em caso de hospitalização e outros custos indirectos.

Microseguro de bens ou propriedades: protegem os segurados contra as perdas de casa, bens de negócio, equipamentos e outros pertences. Esta cobertura pode ser relevante para as pessoas singulares de baixos rendimentos bem como para os pequenos empresários. No entanto, este produto apresenta um mercado pouco explorado comparativamente aos outros.

Microseguro agrícola/ índices: protege os rendimentos provenientes da agricultura contra os riscos decorrentes de condições atmosféricas, infecção de pestes, catástrofes, etc. Este produto regista evidência forte de fraude e risco moral o que contribui para a sua falha a nível internacional no que respeita a viabilidade comercial.

Microseguros agregados: combinam coberturas de vida, saúde e bens, possivelmente subscritos por diferentes seguradoras mas comercializados em conjunto na forma de um pacote por um agente. Estes produtos parecem ter mais aceitação pela população alvo,

pela vantagem de a família poder ter acesso a mais serviços de seguros, economizando nos custos de operação. No entanto, estes produtos são mais complexos e exigem mais conhecimento por parte dos consumidores.

Microtakaful: tem como alvo o segmento de mercado da população islâmica de baixos rendimentos. O sistema baseia-se no princípio da assistência mutualista⁶ (ta'awan) e contribuição voluntária (tabarra) onde os riscos são colectiva e voluntariamente assegurados por um grupo de participantes. Espera-se que este microseguro se desenvolva mais nas regiões da Ásia, no Médio Oriente e no norte de África.

2.7.2-Microseguros de saúde

De entre os produtos de microseguros referidos acima, ir-se-á desenvolver no decorrer deste trabalho com mais cuidado o de saúde visto que, como foi referido acima, tem-se como objectivo desenvolver um modelo possível de implementação deste tipo de microseguro no município da Matala.

Este tipo de seguros surge com o intuito de colmatar as várias dificuldades que a população enfrenta, por um lado, no que diz respeito a acessibilidade e utilização efectiva dos cuidados de saúde e, por outro, contribui para a diminuição da exposição do indivíduo aos choques frequentes de saúde e o seu impacto sobre a sua produtividade. Estas dificuldades manifestam-se das mais variadas formas, nomeadamente, escassez de instalações de serviços de saúde e, quando existem, nem sempre apresentam as melhores condições, prestação de serviços de baixa qualidade, ausência de transporte de doentes, escassez de medicamentos e, quando existem, apresentam preços elevados, elevada corrupção nos hospitais, escassez de pessoal qualificado, limitação dos serviços prestados, entre outras. São fornecidos normalmente por seguradoras privadas, associações mutualistas, cooperativas e outros grupos informais de solidariedade.

Este produto pode ajudar a alcançar os objectivos de protecção social uma vez que os sistemas de segurança social são praticamente inexistentes ou limitados nas economias emergentes.

No entanto, o desenvolvimento e expansão deste produto está sujeito a algumas limitações pois, por um lado, são produtos mais complexos dado que dependem das características dos provedores de saúde bem como das suas infra-estruturas e, por outro,

⁶ Tem como fins e objectivos estatutários desenvolver acções de protecção social e da saúde, promover a cultura e melhorar a qualidade de vida dos seus associados.

é difícil definir um preço devido à limitação dos dados actuariais e à presença elevada de selecção adversa.

2.7.3-Microseguros de saúde em África

Muitos países africanos têm elevados níveis de pobreza e irão beneficiar muito dos microseguros. Um estudo da ILO mostrou que o mercado de microseguros de África experimentou um forte crescimento durante o período de 2006-2008 com 80% de crescimento nos seguros de vida. É estimado que, correntemente, 14,7 milhões de pessoas estão cobertas por microseguros, gerando em prémios um rendimento de 257 milhões de dólares. A África do Sul tem uma das mais altas taxas de penetração de seguros no mundo (12,9% em 2009) e é também o mercado relativamente mais avançado em microseguros, com um vasto desenvolvimento no mercado de microseguros de funeral. Sigma (2010).

No Benim, existe *L' Union Communale des Groupements Mutualistes* das quais fazem parte as de Sirarou e Sanson. Estas correspondem a sociedades mutualistas com benefícios de saúde. O programa teve início em 1995 e, em 1996, as sociedades de Sirarou e Sanson contavam respectivamente com 3079 e 584 membros, numa esfera com uma população alvo de 13000 e 7300 respectivamente para cada uma das sociedades. Mais de 50% da população desta região está excluída do sistema de segurança social ou vive abaixo da linha da pobreza. A área de cobertura para este projecto compreende a área municipal e comunal, onde a maioria da população vive na zona rural. Os tipos de serviços cobertos pelo projecto correspondem a: tratamento hospitalar, serviços de maternidade e cuidados de saúde reprodutiva e outros, como exemplo, picada de cobra. O pacote de benefícios é igual para as duas sociedades mutualistas. Ambas têm um centro de saúde comunitário e um posto de saúde onde são tratadas as picadas de cobra e os nascimentos. No entanto, para casos de hospitalização, os membros seguros têm de ir ao hospital de St. Jean de Dieu.

Estas sociedades mutualistas são apenas duas das sociedades mutualistas de saúde no sul de Borgou, que foram criadas pelo *Centre International de Developpement et de Recherche* (CIDR) com o apoio financeiro da *Coopération Suisse*. Ao todo são nove sociedades mutualistas, agrupadas em torno de 28 aldeias. Os seus beneficiários são essencialmente agricultores e as suas respectivas famílias.

As vantagens deste projecto de seguro de saúde caracterizam-se pela existência de uma forte solidariedade interna; existência de encontros que promovem discussões

regulares e livres que encorajam a transparência e dão confiança aos membros no projecto; as taxas dos prémios adaptáveis ao número de subscrição por familiar encorajam os familiares dos membros a adquirir o produto; a recolha do pagamento dos prémios é feita durante o período de venda do algodão, fase em que as pessoas dispõem de mais rendimentos.

Verifica-se uma grande participação dos membros na gestão de projecto, que é administrado de forma democrática (assembleia geral).

Uma iniciativa arrojada, por parte destas sociedades mutualistas, foi a criação e manutenção de dois fundos, em que um é usado para fornecer empréstimos a membros que tenham dificuldade em pagar os seus tratamentos, quando estes não estão cobertos pelo projecto, enquanto o outro fundo serve para ajudar no pagamento dos serviços de cuidado de saúde, para os mais pobres, que não consigam pagar o prémio anual. ILO (2000)

No Mali, existe o Centre de *Santé Mutec*, que corresponde a uma sociedade mutual de benefícios. Este foi criado em Fevereiro de 1990 com o objectivo de beneficiar 8000 pessoas. É um projecto essencialmente vocacionado para os trabalhadores da área da educação mas ao qual podem aderir todos os interessados. O projecto abrange toda a rede nacional mas a maioria dos membros reside na zona urbana. Os tipos de serviços de saúde cobertos pelo programa são: cuidados ambulatoriais, onde as consulta e os cuidados de enfermagem são comparticipados; tratamento hospitalar; serviços de maternidade e cuidados de saúde reprodutiva; consultas de ginecologia, ultra-som e eco- grafias; Medicamentos; evacuação médica (aluguer de ambulância); outros como, circuncisão, exames médicos, tratamento dentário, radiologia.

O projecto é financiado com base na contribuição dos seus membros. Este centro mutual de saúde é relativamente bem gerido e as suas contas são bem mantidas o que lhes permite oferecer um serviço de qualidade a preços razoáveis. No entanto o centro experimentou dificuldades na colecta de prémios dos membros e em dar seguimento aos pagamentos atrasados. ILO (2000)

2.7.4-Microseguros de saúde no mundo

O mercado da América Latina apresentou um crescimento em termos reais de 5,7% em 2009. Um crescimento similar verificou-se no sector de seguros do Brasil e México bem como nos pequenos mercados do Peru e Colômbia. No Brasil, o maior

mercado de seguros desta região, a maioria dos microseguros é oferecido como seguro comercial com excepção do funeral. Sigma (2010)

Recentemente, a China tem demonstrado um enorme interesse nos microseguros mais concretamente nos programas *small-sum insurance* que, em 2008, a comissão reguladora de seguros chinesa (CIRC) iniciou o programa piloto para encorajar o desenvolvimento dos produtos de microseguros relacionados com os seguros vida nas áreas rurais. De acordo com a CIRC, perto do final de 2009, o programa piloto já tinha alcançado 19 províncias e fornecido CNY 170 mil milhões em cobertura para 11,1 milhões de pessoas. O programa piloto inclui as maiores fornecedoras de seguros como a Chine Life, China Pacific Life, Ping Na Pension, e outras. Sigma (2010)

Na Índia existe a Yeshasvini Trust cuja actividade se baseia no modelo cooperativo. A sua actividade na área do microseguro teve início em 2002 em colaboração com as autoridades estatais e movimentos cooperativos. A instituição oferece seguros de saúde e cobre aproximadamente 1,5 milhões de pessoas. O produto é distribuído através das cooperativas locais. Os benefícios cobrem atendimento ambulatorio, testes e cirurgias (cardíacas, vasculares, gastroenterologia, ortopédicas e neurocirurgias). Verifica-se também cobertura para a estabilização de ferimentos causados por acidentes ofídios⁷, choques eléctricos, afogamentos, equipamentos agrícolas e mordidas de cão. *Microinsurance Conference* (2006).

⁷ Picadas de cobra

III-Contextualização e desenvolvimento do projecto

3.1- Caracterização do município

3.1.1- Contextualização de Angola no mercado de seguros

Com o intuito de desenvolver o projecto de microseguros para o município da Matala, mostrou-se necessário conhecer um pouco da realidade de seguros⁸ em Angola bem como a estrutura económica e social do município em estudo.

Em relação à realidade de seguros em Angola, este é um mercado que se encontra muito pouco desenvolvido se o compararmos com os dos países mais industrializados. Este baixo desenvolvimento pode ser explicado, em parte, pelo período de guerra pós-colonização e guerra civil (1975-2002). Quando se verificou a independência em 11 de Novembro de 1975, Angola dispunha de 26 companhias de seguros, das quais 12 eram estrangeiras. Com o Decreto-Lei nº129/75, de 7 de Outubro, do Ministério do Planeamento e Finanças, procedeu-se à nacionalização dos bancos e também das seguradoras. Assim, em 1981, consolidou-se a nacionalização total do sistema de seguros e verificou-se a transferência de todos os activos e passivos de todas as seguradoras privadas, que foram posteriormente liquidadas, para a Empresa Nacional de Seguros e Resseguros de Angola (ENSA), criada em 1978. Este monopólio do Estado sobre o sector de seguros só foi quebrado em 1999 devido à aprovação e publicação da Lei nº 1/99, de 23 de Abril, que permitiu o exercício da actividade de seguro e resseguro por outras empresas. Este acontecimento permitiu também a criação, em 2000, do Instituto de Supervisão de Seguros (ISS) que é um órgão ligado ao Ministério das Finanças.

No que concerne à elaboração das leis que legislam a actividade seguradora, os legisladores angolanos baseiam-se muito na legislação de outros países mais evoluídos nesta área e relativamente próximos em termos culturais da realidade angolana como é o caso do Brasil e Portugal.

A ausência de independência do poder jurídico bem como a existência de elevadas fraudes no que concerne ao cumprimento das obrigações das empresas

⁸ Dia 5 de Agosto é o “Dia Nacional de Seguros” em Angola

seguradoras, combinada com a dificuldade de criação de poupança no longo prazo bem como a dificuldade de investir o dinheiro captado pelas apólices visto não haver mercado de capitais capacitado, constituem também forte entrave ao desenvolvimento e expansão dos seguros.

Apesar de estas circunstâncias limitarem o desenvolvimento dos seguros durante um elevado período de tempo, esta área vai dando passos para alcançar uma realidade financeira equiparável à dos países desenvolvidos, exemplo disso é o crescimento do número de seguradoras a operar actualmente no mercado, Seguradora AAA (Angola Agora e Amanhã, criada em 1999), A Nossa Seguro (2005), a Global Seguros (2005), a Mundial Seguros S.A (2006) e a própria ENSA.

3.1.2- Caracterização económica e social do município

Escolheu-se o município da Matala para aplicação do projecto de estudo porque foi considerado município modelo na implementação dos projectos nacionais de saúde em 2008. Por outro lado, apresenta as condições férteis para o desenvolvimento de microseguros.

O município da Matala encontra-se situado na província da Huíla, que constitui a segunda província mais populosa de Angola, e ocupa uma extensão territorial de 9065km² e uma altitude de 1230m. Administrativamente, está dividido em quatro comunas, (Matala (sede), Capelongo, Mulondo e Micosse)⁹, subdivididas em sectores. O nome Matala tem a sua origem em “omatala” (língua local Humbi) que traduzido para português significa “Lagoas”. O clima é tropical seco, com precipitações médias de 1000 mm por ano. No município encontram-se vários tipos de solos, com destaque para os ferralíticos, limo argiloso, fersialíticos e rochosos, o que propicia a prática agropecuária. Este é rico em recursos hídricos, sendo atravessado por um dos maiores rios do país, o rio Cunene, em flora, onde a vegetação predominante é a arbustiva e arbórea e é coberto também por diversos tipos de vegetação natural de grande, médio e pequeno porte. O município apresenta também uma fauna diversificada, onde podemos encontrar espécies como elefantes, olongos, chitas, nunce, búfalos, palanca vermelha, mabecos, hienas, gnus, guelengues, focacheiros, potamocheiros, leões, leopardo, burros do mato, cabras do mato, coelhos e outras espécies. Para sua preservação e protecção foi constituído um parque de reserva natural, que tem por nome Bicuari.

⁹ Ainda não estão juridicamente reconhecidas

A sua população é estimada, de acordo com o CDPA (2009) em 222.880 habitantes, com uma densidade de 24,59 habitantes por km².

A actividade predominante é a agro-pecuária, onde as principais culturas agrícolas são, os cereais e as hortofrutícolas. No que concerne à pecuária, o tipo de gado mais criado é o bovino, seguido de caprino e suíno. Esta actividade é exercida em toda a extensão do município, em maior escala por criadores tradicionais.

A nível de rede comercial, conta com 63 estabelecimentos distribuídos de forma irregular pelas comunas. O funcionamento da rede formal é extremamente limitado o que faz com que a população recorra regularmente ao comércio informal contribuindo assim para a sua proliferação.

O desenvolvimento do município está limitado devido às suas acessibilidades, nomeadamente, estradas degradadas, ausência de porto fluvial, funcionamento do aeroporto limitado, linha férrea em construção e não dispõe de meios de transporte próprios.

No que respeita à esfera social, para além da actuação de vários partidos, nomeadamente o MPLA que é o partido no poder, verifica-se também a actuação de algumas igrejas e seitas religiosas, cerca de 39, que têm um papel importante no seio das comunidades, através da disponibilização de salas para aulas, na mobilização sobre assuntos comunitários e na educação moral e cívica. Outros agentes interventivos nesta área são as ONG's, actualmente existem seis a cooperar no terreno, das quais apenas três se dedicam à esfera social, nomeadamente, luta contra pobreza, apoio aos desmobilizados e apoio à criança. É importante referir que não existe nenhuma ONG que actue na vertente da saúde.

Numa vertente social mais interventiva e imperativa, existem os Sobas¹⁰, que são autoridades tradicionais que têm como papel principal o de ligação entre o governo e o povo, desenvolvem as actividades inerentes à administração no seio das comunidades. Estes têm igualmente jogado um papel importante na resolução de vários problemas e conflitos (familiares, casos de acusações de feitiçaria, violência doméstica, uso de terras destinadas a pastos) no seio das comunidades, sob sua jurisdição. As administrações reúnem periodicamente com os diferentes escalões do poder tradicional com objecto de recolher as preocupações das comunidades e receber orientações desta para a sua solução.

¹⁰ Matala conta com 212 Autoridades Tradicionais (sobas e séculos não são de linhagem).

3.1.3-Sistema de saúde do município

O município dispõe de uma rede de cobertura hospitalar pública constituída por dois hospitais, um centro de saúde e catorze postos de saúde que prestam assistência medicamentosa completamente gratuita a toda a população. Dispõe ainda de sete centros e oito postos de saúde privados. Está prevista ainda a construção de um número significativo de unidades sanitárias em toda extensão do município (treze centros de saúde com maternidade e residência para técnicos, dois centros de referência e quatro postos de saúde).

O hospital tem condições para prestar serviços como consultas externas, pediatria, pré-natal, planeamento familiar, tratamentos de ITS, vacinação, puericultura, internamentos, cirurgias, análises clínicas (hematológica, microbiológica, parasitologia e serológica) e educação para saúde.

Os centros de saúde, para além de prestarem os mesmos serviços que o hospital, prestam ainda aconselhamento e testagem voluntária do HIV/SIDA e de laboratório (bioquímica).

Nos postos de saúde são realizadas consultas gerais e testes rápidos de malária. No município, de acordo com CDPA (2009), encontram-se implementados vários projectos de saúde, como:

- O programa de vacinação de rotina (onde são ministradas vacinas de BCG, pólio, pentavalente, sarampo, febre-amarela e tétano, bem como campanhas alargadas de vacinação contra poliomielite e a administração de vitamina A e Albendazol);
- O programa de tratamento preventivo da malária (através da distribuição de mosquiteiros);
- O programa de prestação de serviços materno-infantil, que contempla a vacinação, imunização, nutrição, desparasitação, assistência ao parto, tratamento intermitente de paludismo (TIP);
- Programa de vigilância epidemiológica;
- Programa nacional de medicamentos essenciais;
- O programa IEC (Informação, Educação e Comunicação),
- Programa de muco bucal, dirigido para o tratamento de doenças bucais, tuberculose, lepra, oncocercose, também conhecida como cegueira noturna,

cujos afectados são as pessoas que residem próximo dos rios, e shistosomíase¹¹ (forte evidência desta última doença em certas áreas do município que não dispõe dos medicamentos necessários para o seu tratamento).

De acordo com um estudo do CDPA (2009), as principais doenças são: a malária, as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas (DDA) e bilharziose, a tuberculose pulmonar, o HIV e as ITS

3.1.4-Problemas relacionados com o sistema de saúde

Apesar do desenvolvimento de todos os serviços e programas antes citados, a prestação efectiva destes serviços é extremamente limitada devido ao défice elevado de pessoal especializado. Existem apenas, de acordo com CDPA (2009), quatro médicos em todo o município, doze técnicos médios, quarenta e dois técnicos básicos e noventa e quatro auxiliares. Esta insuficiência condiciona, por um lado, o funcionamento de alguns postos de saúde que funcionam apenas com um técnico, obrigando ao seu encerramento sempre que este se ausente. Por outro lado, influencia também o horário de funcionamento (08h00-15h00) que não vai de encontro às necessidades das pessoas que muitas vezes caminham longas distâncias e não são atendidas por chegar após o horário laboral. Esta situação, aliada a limitação dos meios de transporte para os doentes, por parte do sector, leva a que a população seja obrigada a transportar os doentes graves em carroças, bicicletas, motorizadas, carrinhos de mão e tipóia.

Outro problema prende-se com o número de unidades sanitárias, que é insuficiente para dar resposta às necessidades da população do município e está aquém das normas da OMS que prevê para o posto de saúde uma cobertura de 5000 pessoas e para o centro de saúde de 20000.

Constitui também uma preocupação, o abastecimento insuficiente e irregular de medicamentos bem como a qualidade da água uma vez que apenas 33,3% da população, de acordo com CDPA (2009), trata a água que bebe. No entanto, está em curso um projecto de construção de um novo sistema de produção e distribuição de água à Sede que engloba um novo centro de captação, tratamento e distribuição.

De acordo com um estudo realizado pelo CDPA (2009), calcula-se que na Sede do município 63,48% da população não tem acesso aos serviços de saúde, Capelongo

¹¹ Também conhecida por Bilharziose, é causada por um parasita que põe ovos para depois serem eliminados pela urina ou pelas fezes da pessoa que tem a doença. Provoca sintomas como febre, urina e diarreia com sangue e coceira após contacto com a água contaminada.

74%, Micosse 46% e Mulondo 15,25%. Perante esta insuficiência de infra-estruturas de saúde a população, em especial nas zonas rurais, recorre frequentemente a ervanários, santos espirituais, parteiras tradicionais e curandeiros.

Em relação ao grande flagelo de África, nomeadamente o VIH/SIDA, verifica-se, de acordo com CDPA (2009), o aumento contínuo de novos casos devido essencialmente a falta de conhecimento, por parte da população, da existência da doença bem como dos meios de evitar o contágio. A realização de teste é outro problema que chama a atenção pois a grande maioria nunca o fez. É de referir que só existe um CATV em todo o município.

3.2- Metodologia de trabalho

Com o objectivo de se desenvolver esta fase do trabalho, foi aplicado um questionário à população do município em análise e à do município do Lubango com o objectivo de analisar as diferenças existentes entre as duas regiões. Isto porque, apesar de ambos os municípios fazerem parte da província da Huíla e serem o 1º e o 2º município mais importantes, estes apresentam realidades de desenvolvimento muito diferentes, onde, o município do Lubango está mais próximo de um centro urbano, com mais de 2 milhões de habitantes e com desenvolvimentos económicos e sociais muito diferentes ao do município da Matala que apresenta características mais rurais. Esta análise visa, assim, compreender se as diferenças são muito significativas, nomeadamente, na área de saúde e até que ponto a procura por produtos de microseguro é semelhante.

O questionário é constituído por 31 questões, que variam do carácter pessoal, como por exemplo, idade, rendimento, género, nível de escolaridade, número de filhos, passando por perguntas de conhecimento financeiro sobre seguros, microcrédito entre outros e abrangem, também, questões direccionadas essencialmente para a qualidade do serviço de saúde, ou seja, qualidade do serviço, tempo de espera no posto de saúde, distância do posto de saúde mais próximo, entre outras.

A amostra do questionário é constituída por 114 inquiridos em que, 78 inquiridos¹² pertencem ao município da Matala e os restantes ao município do Lubango. Os participantes são, na sua maioria, consideradas pessoas de baixos rendimentos e

¹² O número reduzido de inquiridos deve-se à limitação da língua, visto que o povo nativo da região não fala português, o que limita a compreensão e resolução do questionário ainda que se recorra à interpretes.

exercem, essencialmente, funções relacionadas com vendas, formal e informal. As amostras foram recolhidas em locais de venda formal (caso do Lubango) e informal (caso da Matala). Esta escolha deve-se ao facto de o município da Matala apresentar um mercado formal muito limitado, como foi citado acima, contrariamente ao do Lubango e, como tal, esta situação condiciona o nível de vida das populações. É de referir, também, que o estudo foi realizado na comuna sede do município e, como tal, as realidades são diferentes, nomeadamente, no que respeita ao número de postos de saúde, médicos, serviços prestados, meios de transporte, entre outros, face as restantes três comunas.

O questionário teve como objectivos investigar e identificar quais os riscos que a população tem preferência em ver cobertos, quais as variáveis que têm mais impacto na procura de microseguros de saúde, analisar as diferenças entre o município em estudo e o Lubango e, por último, facultar informação para a criação do projecto de microseguros de saúde.

3.2.1- Análise descritiva

Esta análise consiste num estudo descritivo e comparativo de algumas das variáveis do inquérito. Tem como finalidade fornecer o perfil que caracteriza a população da amostra.

É importante referir que, as variáveis em estudo são essencialmente do tipo qualitativo nominal e qualitativo ordinal. Este tipo de variáveis não permite a aplicação de testes paramétricos, que são mais robustos, eficientes e diversificados. Assim, recorreu-se as funções do Excel para realizar a apresentação das variáveis, em termos de frequências observadas e de medidas de tendência central, nomeadamente, a moda e a mediana que são as mais indicadas para o tipo de variáveis em análise. É importante referir, também, que a análise dos dados irá incidir, essencialmente, sobre os dados recolhidos no município da Matala, dado que é este o município de estudo.

3.2.1.1- Caracterização da amostra

Tem como objectivo traçar o perfil da amostra e analisar o seu grau de homogeneidade.

Para conhecer um pouco da população, colocaram-se questões referentes, nomeadamente, à sua idade, género, rendimentos bem como nível educacional. A tabela abaixo mostra as respostas dos inquiridos relativamente aos aspectos relacionados com a idade, género, de acordo com a zona residencial dos inquiridos.

Tabela de frequências					
		Matala		Lubango	
		Freq. Absoluta	% Relativa	Freq. Absoluta	% Relativa
Género	Homem	32	41,03%	8	22,22%
	Mulher	46	58,97%	28	77,78%
	Total	78		36	
Estado civil	Casado/a	22	28,21%	4	11,11%
	Solteiro/a	20	25,64%	27	75,00%
	Viúvo/a	0	0,00%	0	0,00%
	Marital	36	46,15%	5	13,89%
	Total	78		36	
Zona residencial	Urbana	27	34,62%	30	83,33%
	Rural	49	62,82%	6	16,67%
	N.rspd	2	2,56%		
	Total	78		36	

Tabela 1-Género, estado civil e zona residencial

Como se pode observar, a amostra do município da Matala é constituída maioritariamente por mulheres (58,97%) e que a maioria dos inquiridos reside na área rural. Verifica-se também, que a maioria dos inquiridos vive maritalmente (46,15%). Em relação a percentagem da amostra que declarou ser casada (28,21%), é importante referir que a maior parte desses casamentos se consumou apenas pela igreja. No entanto, a lei atribui os mesmos direitos quer aos casais que o fizeram pelo civil quer aos casais, casados pela igreja ou que vivam há mais de três anos com o mesmo parceiro.

Em relação ao Lubango o cenário é semelhante, realçando que a diferença regista-se no facto de a maior parte dos inquiridos residir na zona urbana (83,33%) e ser solteira (75%). É curioso assinalar, que não existe ninguém viúvo. Esta situação pode dever-se ao facto de a amostra ser relativamente jovem, como mostra as figuras que se seguem:

Idade dos inquiridos				
Idade	Matala		Lubango	
	Freq. Absoluta	% Relativa	Freq. Absoluta	% Relativa
18-25	22	28,21%	24	66,67%
26-35	21	26,92%	7	19,44%
36-45	16	20,51%	2	5,56%
46-55	15	19,23%	3	8,33%
56-65	2	2,56%	0	0,00%
>65	1	1,28%	0	0,00%
N. Rspd	1	1,28%		0,00%
Total	78		36	

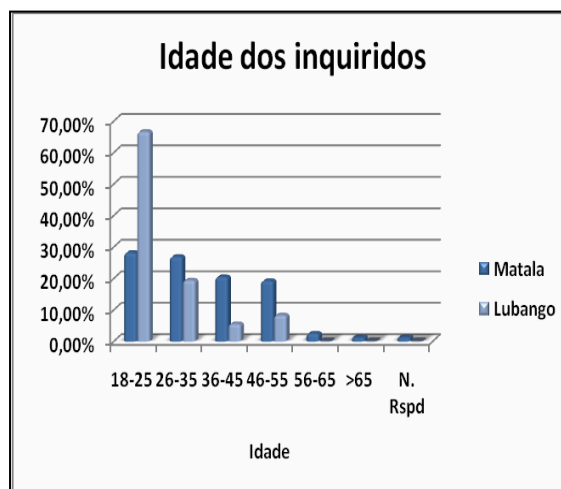


Tabela 2-Nível etário

Verifica-se que mais de 50% das observações no município da Matala estão abaixo dos 35 anos de idade, o mesmo se regista para o Lubango, e que menos de 4% dos inquiridos declarou ter mais de 56 anos de idade. Isto verifica-se, em parte, devido à esperança média de vida ser muito baixa, próximo dos 47 anos de idade, de acordo com o Banco Mundial (2008). Também pode ser explicado pelo factor localização da recolha dos dados, ou seja, no mercado informal, onde normalmente é explorado pelas camadas etárias mais jovens.

Em relação ao nível educacional, o município conta com dois níveis de ensino que são o ensino básico, que contempla o ensino primário (da 1ª à 6ª classe) e o secundário, sendo o Iº ciclo (da 7ª à 9ª classe) e o IIº ciclo (10ª à 13ª classe). O ensino primário é ministrado em toda extensão do município, o Iº ciclo do secundário em todas as comunas e o IIº ciclo na sede do município.

De acordo com as figuras abaixo, constata-se que a maioria da população na região da Matala apresenta um nível de escolaridade muito baixo, ou seja, mais de metade da população da amostra tem apenas o ensino primário (67,95%) dos quais 60,38% representam mulheres. Constata-se também um valor elevado para o número de iletrados, cerca de 17% não sabe ler nem escrever, destes, 76,92% são mulheres. É de referir que o ensino secundário do II ciclo tem um peso extremamente baixo, próximo dos 4%. Esta realidade contraste muito com a que se verifica no município do Lubango, onde a grande maioria dos inquiridos (69,44%) declara ter o ensino secundário do II nível feito.

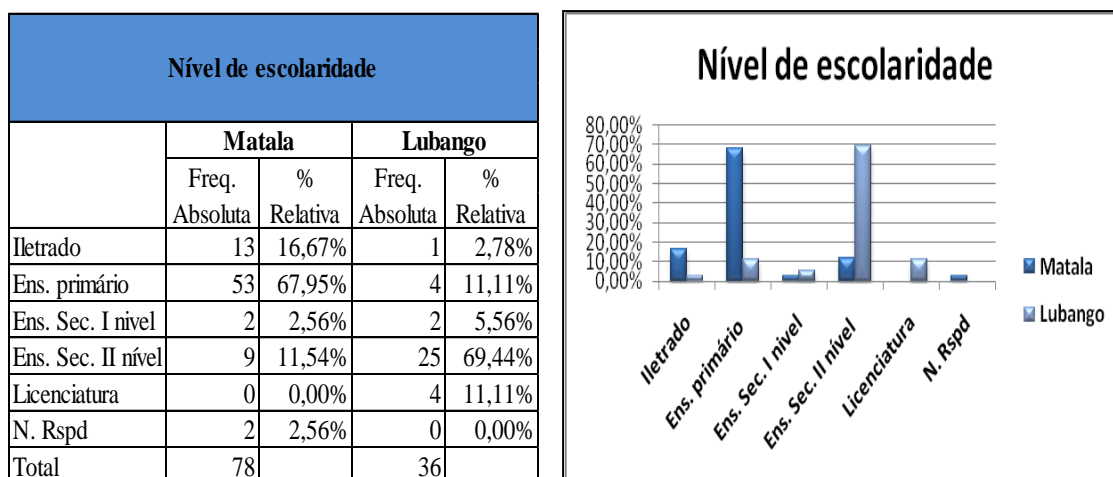


Tabela 3-Nível de escolaridade

Esta situação deve-se, em parte, às condições precárias de muitas escolas, nomeadamente, instalações provisórias e muitas vezes ao ar livre. Outro problema prende-se com a falta de professores, de acordo com o estudo do CDPA (2009) estima-se que o rácio alunos por professor, a nível do município, é de 59 alunos por professor (existindo casos com 190 alunos por professor).

O ano agrícola é outro factor que condiciona a frequência escolar por parte das crianças, visto que se, se verificar um mau ano agrícola, muitas famílias deslocam-se para outras áreas à procura de sustento, levando consigo os seus filhos.

A variável rendimento também tem um impacto forte sobre o indicador de frequência escolar. Muitos pais afirmam não permitir a ida de seus filhos à escola porque, por um lado, é caro (a compra de material escolar) e, por outro, precisam da sua ajuda para as actividades de casa ou nas suas actividades profissionais. De acordo com o estudo, observou-se que os rendimentos declarados pelos inquiridos foram muito baixos, como mostra a figura abaixo:

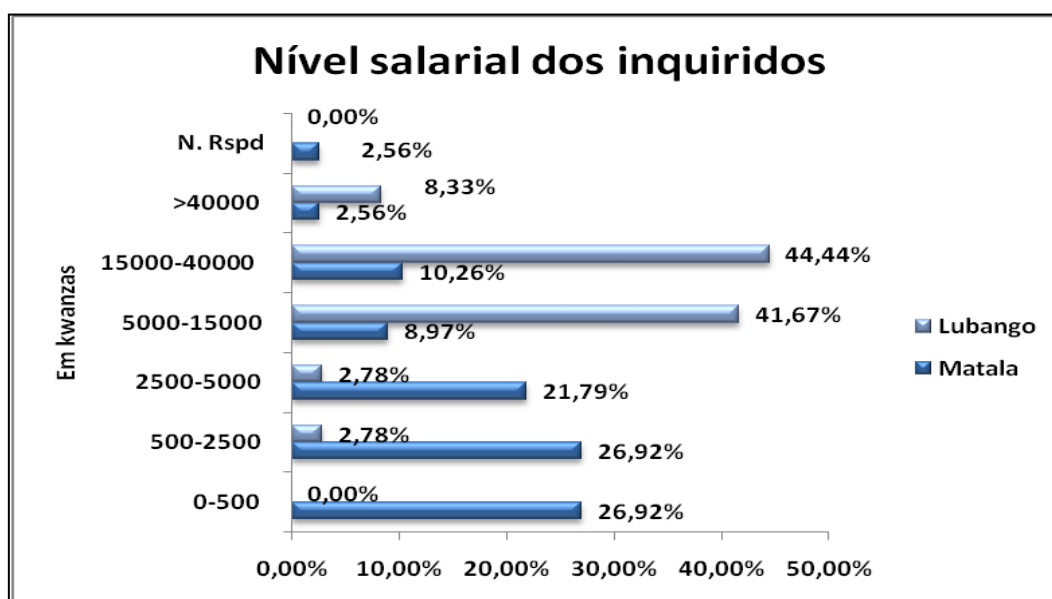


Gráfico 1-Nível salarial

Verifica-se, que mais de 50% dos inquiridos da região da Matala declarou auferir mensalmente menos do que 2500 AKZ (corresponde aproximadamente a 20€), o que dá uma média de 0,70€ por dia. Este rendimento é extremamente baixo, basta ter em conta que uma simples carcaça de pão custa perto dos 15 AKZ. Constata-se, também, que estes valores diferem de forma grotesca com os observados para o município do Lubango, como mostra o gráfico, onde mais de 40% da população recebe pelo menos 15000 AKZ.

Na Matala, os rendimentos da classe baixa oscilam muito porque não são auferidos de forma regular ou seja, a maior parte das pessoas trabalha por conta própria e como vendedora no mercado informal. De acordo com o estudo, cerca de 64% exerce uma actividade profissional, dos quais apenas 42% trabalha por conta de outrem.

De referir que, existe também cerca de 34,62% que não exerce qualquer tipo de actividade profissional, dos quais 81,48% são mulheres, vivendo apenas do rendimento disponibilizado pelo seu parceiro que, na maior parte das vezes, é baixo porque para além de este, normalmente, auferir baixos rendimentos, tem de o dividir entre as várias parceiras e filhos de que dispõe.

O número de filhos é outra questão problemática que é elucidativa por esta amostra. A população angolana, tal como muita população africana, acredita que ter

filhos é uma bênção e uma riqueza, como tal, não usam nenhum contraceptivo e começam a ter filhos desde muito cedo. Isto contribui por um lado, para uma taxa elevada de natalidade e, por outro, para uma das taxas mais elevadas de mortalidade infantil no mundo. De acordo com o gráfico que se segue, pode-se mostrar essa realidade.

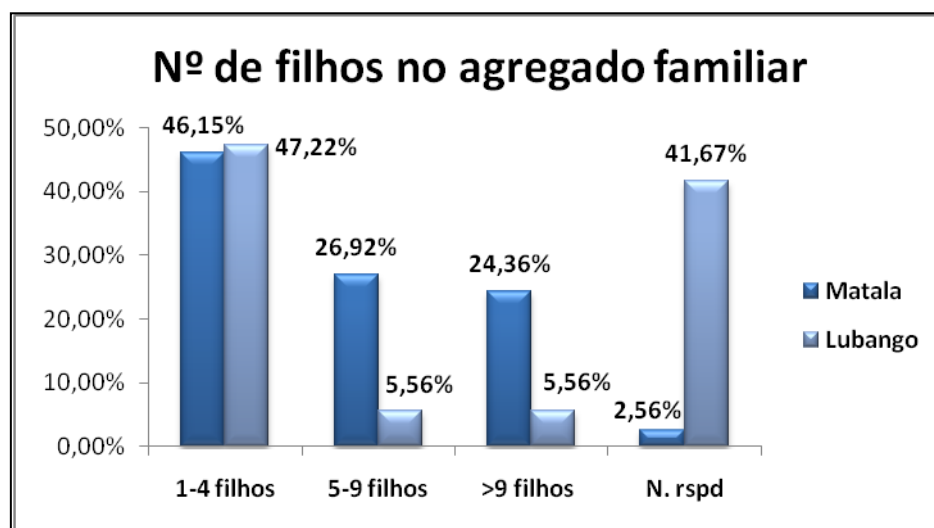


Gráfico 2-Número de filhos no agregado familiar

Observa-se que mais de 50% dos inquiridos declarou ter pelo menos um filho. Verifica-se também, registos muito elevados para os escalões de 5-9 filhos (26,92%), e mais grave, para o de superior a 9 filhos, 24,36%. Em parte isto resulta do facto de a população estar mal informada sobre os contraceptivos, forte presença da igreja e utilização dos filhos como mão-de-obra. Em relação ao Lubango, a maioria dos inquiridos declarou ter menos do que 4 filhos. É importante esclarecer que o valor elevado, registado para a classe não respondeu, para o Lubango deve-se ao facto de no inquérito não constar a opção de não ter filhos, como tal, a população inquirida sem filhos não respondeu a esta questão.

Verifica-se que as diferenças centrais entre os dois municípios no que se refere as características sociais da população da amostra assentam fundamentalmente nos aspectos relacionados com os níveis de escolaridade, número de filhos e níveis salariais.

3.2.1.2-Análise da penetração dos seguros

O mercado angolano é muito virgem no que diz respeito aos seguros. Até o início de 2010, praticamente não se ouvia falar em seguros, visto que era uma área utilizada apenas pelas grandes empresas, nomeadamente as petrolíferas e outras multinacionais. Contudo, em Fevereiro de 2010, os seguros passaram a ser obrigatórios para os veículos em circulação, foi então que a população começou a ter mais contacto com esta modalidade financeira.

Infelizmente, o conhecimento sobre seguros é bastante mais reduzido nos municípios mais pequenos e pouco desenvolvidos, como é o caso do município em estudo, como podemos ver pelos gráficos abaixo.

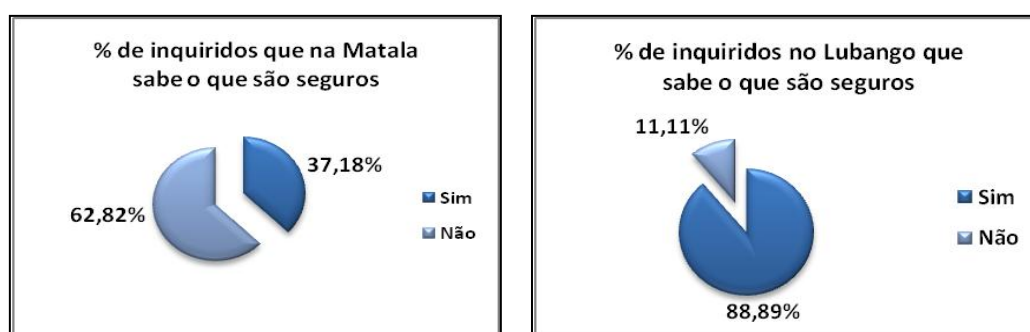


Gráfico 3-Conhecimento de seguros

Verifica-se que apenas 37% da amostra sabe o que são seguros.

Este baixo conhecimento também se verifica sobre os microseguros, que parecem ainda mais desconhecidos. Como a figura abaixo mostra, apenas 22% dos inquiridos afirma saber o que são microseguros e nenhum respondeu afirmativamente quando questionados se possuíam algum.

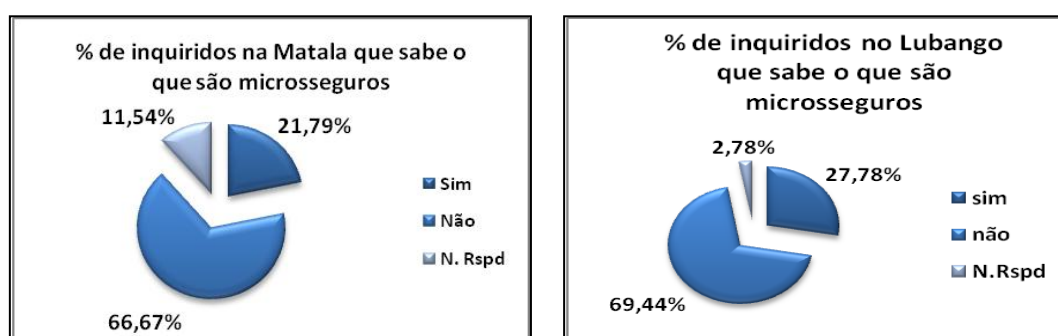
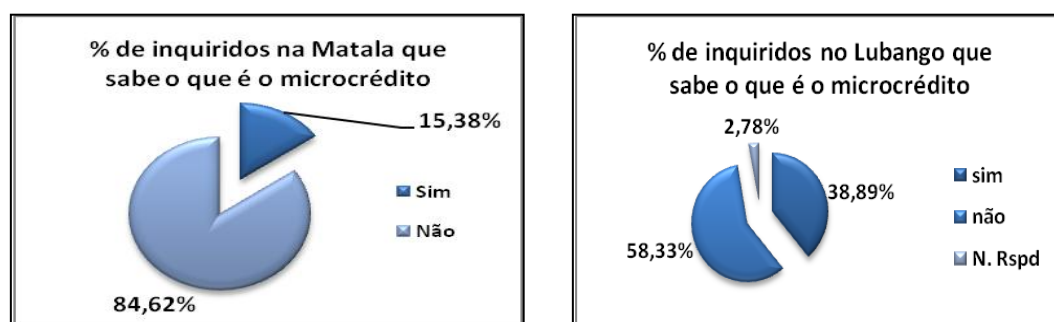


Gráfico 4-Conhecimento de microsseguros

Este resultado é reforçado pelo facto de, no município, até a data em que foram realizados os questionários, não dispor de nenhuma IMF. Isto contribui para o desconhecimento sobre esta modalidade, por parte dos inquiridos, como mostra o gráfico:

**Gráfico 5-Conhecimento de microcrédito**

Como já foi referido acima, o desenvolvimento dos microsseguros depende do crescimento do microcrédito.

3.2.1.3-Análise da procura de microsseguros

Com o intuito de estudar se existe um mercado potencial para a exploração de microsseguros, foram introduzidas no questionário questões que procuram analisar se a população está interessada em adquirir seguros, quais as necessidades que mais gostaria de ver cobertas, numa escala que varia entre o pouco necessário ao extremamente necessário, e qual o preço que estariam dispostas a pagar. Estas questões foram colocadas após um breve esclarecimento sobre o que são microsseguros, quais as suas possíveis variedades e funcionalidades, como proceder para adquirir e como funcionam as modalidades de pagamento.

Após esta breve explicação, a população pôde responder às questões com algum conhecimento, assim sendo, apresenta-se abaixo os resultados referentes à questão sobre a disposição dos inquiridos em adquirir microsseguros:

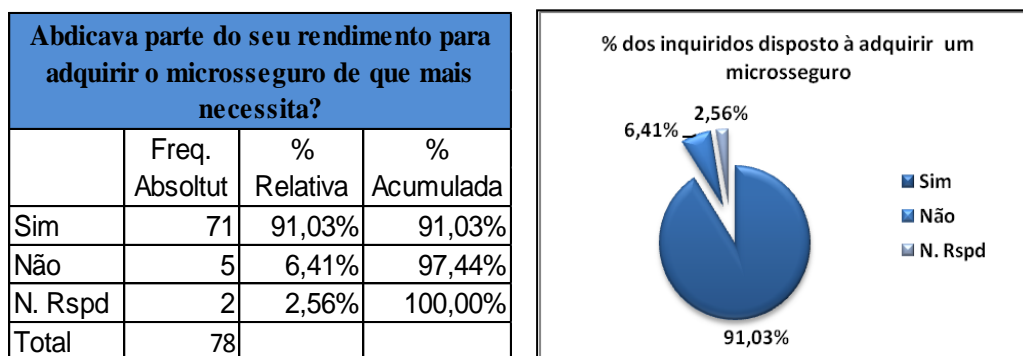


Tabela 4-Disposição para adquirir microseguros

Pode constatar-se que 91% da amostra aclara que estava disposta a abdicar de uma parte do seu salário para adquirir o microseguro de que mais carece. Isto mostra o desejo em adquirir o produto caso este vá ao encontro das suas necessidades e satisfaça as suas expectativas.

Foi também questionado aos inquiridos que quantificassem, em Kwanzas, a sua disponibilidade para adquirir o produto de que mais necessitassem. O quadro que se segue mostra essa informação:

Variáveis estatísticas	Valores
Nº de inquiridos	70
Média	248,214
Variância	142005,823
Des. Padrão	376,83659
Mediana	100
Moda	100
Máximo	2500
Mínimo	10

Tabela 5-Variáveis estatísticas para medir a disposição dos inquiridos para adquirir microseguros

Verifica-se que os inquiridos estão dispostos a contribuir, em média, com 248AKZ por mês para adquirirem o microseguro que mais carecem. Porém, esta média está relativamente distorcida, visto que as diferenças dos outliers é grande. Por outro lado a variância é bastante elevada bem como o desvio padrão.

Nota-se, também, que mais de 50% da população da amostra estava disposta a pagar no máximo 100AKZ para adquirir o seguro que mais necessita. Acrescenta-se também que 100AKZ foi o valor mais comum entre os inquiridos, ou seja, corresponde ao valor que a maior parte dos indivíduos estaria disposto a pagar para adquirir o produto de microseguro.

Relativamente à secção do estudo que procura averiguar quais os microseguros mais desejados pela população, foi analisada através da inquirição, aos indivíduos, do nível de necessidade de cobertura, relativamente a um conjunto de riscos, que mais gostariam de ver cobertos. Este nível de necessidade foi medido através de cinco escalões, que variavam entre: não é necessário, pouco necessário, necessário, muito necessário e, por último, extremamente necessário. Em seguida, apresenta-se os resultados da análise da procura, individualmente, para cada produto de microseguro proposto.

Observa-se que a grande maioria dos inquiridos, em ambos os municípios, não mostrou muito interesse em adquirir o microseguro de danificação de colheitas como mostra os 53,85% da amostra referente a Matala que não prestou qualquer declaração. Isto deve-se ao facto de a agricultura ser pouco explorada nesta região, apesar das suas enormes potencialidades. Deve-se também à cultura que se desenvolveu no país durante os anos de guerra, ou seja, gerar dinheiro facilmente. A população prefere ser, *zunguero*¹³ e/ou *quitandeira*¹⁴, pois colhe rendimentos mais rápidos do que se, se empenhar na agricultura. Por outro lado, a agricultura é uma actividade que envolve mais risco do que o comércio e não apresenta uma rendibilidade atractiva.

¹³ Indivíduo do sexo masculino que vende os seus produtos na rua de forma ambulante.

¹⁴ Indivíduo do sexo feminino que vende os seus produtos nos mercados paralelos ou nas ruas de forma ambulante

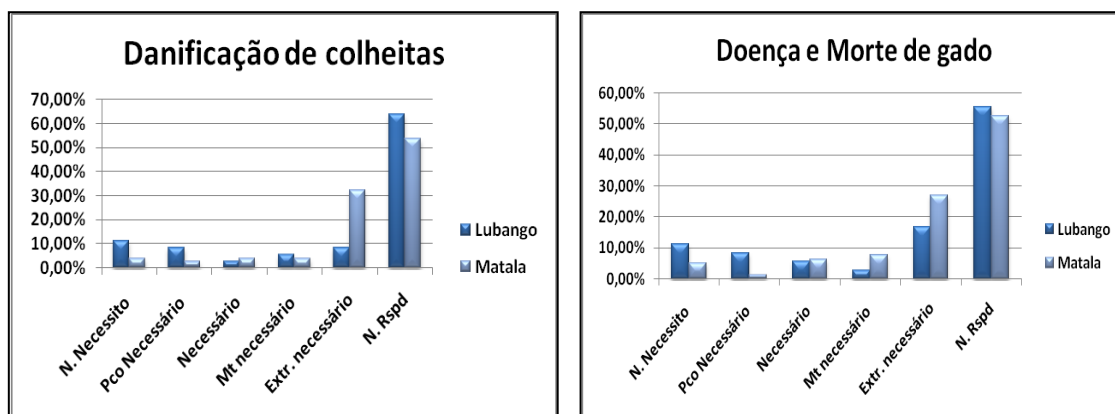


Gráfico 6-Microseguro de colheitas

Gráfico 7-Microseguro de doença e morte de gado

Relativamente ao microseguro de doença e morte de gado, o comportamento foi similar ao registado face ao da agricultura, onde a maior parte da amostra, em ambos os municípios, não respondeu à questão. Esta realidade deve-se à circunstância de a população não dispor de gado para comércio, com algumas exceções, mas sim como meio de autosustento e possível ajuda na agricultura.

Em relação ao microseguro de saúde, mostra-se como o mais desejado entre os microseguros, visto que mais de 80% dos inquiridos, em ambos os municípios, considera-o como necessário e desses, mais de 70% considera-o mesmo extremamente necessário como se pode ver no gráfico que se segue:

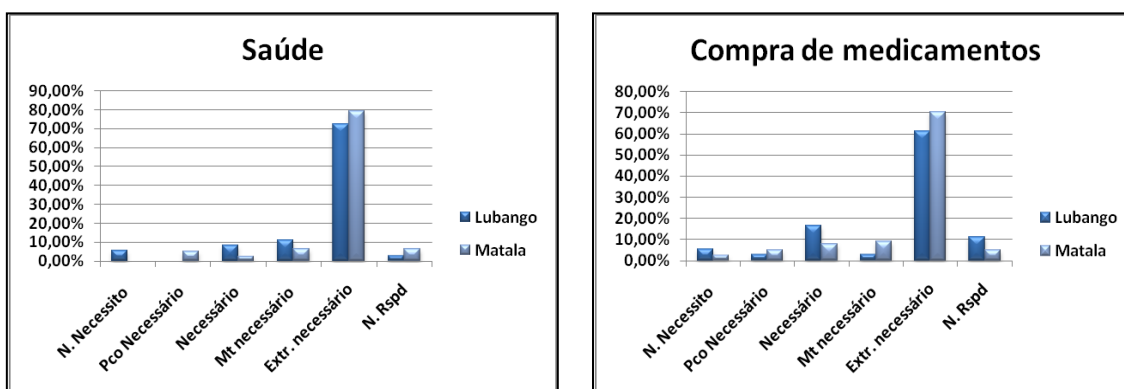


Gráfico 8-Microseguro de saúde

Gráfico 9-Microseguro de compra de medicamentos (saúde)

Em relação a compra de medicamentos, que se pode enquadrar num microseguro de saúde, os indivíduos inquiridos demonstraram, novamente, o seu forte desejo em adquirir esse produto, onde mais de 60% da amostra, em ambos os municípios, declarou este produto como extremamente necessário.

Apesar de os medicamentos serem oferecidos, a sua carência é constante e estes resultados só reforçam o que já foi dito anteriormente.

Em relação ao microseguro de gravidez verificou-se que existe uma vontade relativamente acentuada para este produto visto que mais de 30% dos inquiridos declarou este produto como extremamente necessário, como se pode ver no gráfico que se segue:

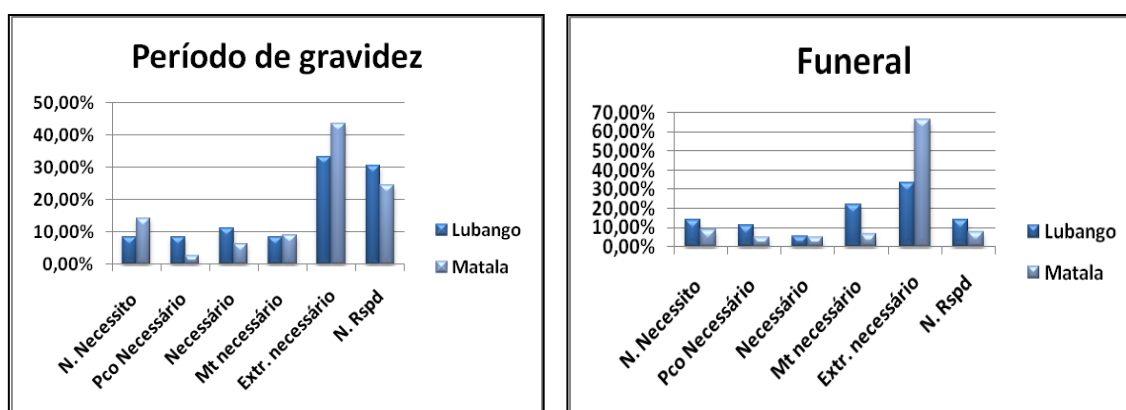


Gráfico 10-Microseguro de período de gravidez (saúde)

Gráfico 11-Microseguro de Funeral

Em relação ao microseguros de funeral, verifica-se um forte potencial de mercado, onde mais de 66,67% dos inquiridos na região da Matala considera-o extremamente necessário. Este resultado é menos expressivo na região do Lubango

Em relação ao microseguro de roubos a população mostrou-se, mais uma vez interessada em adquirir o produto onde, aproximadamente, metade da amostra, em ambos os municípios, declarou-o como extremamente necessário. Contudo, 19,23% da amostra recolhida na Matala declarou não precisar deste microseguro.

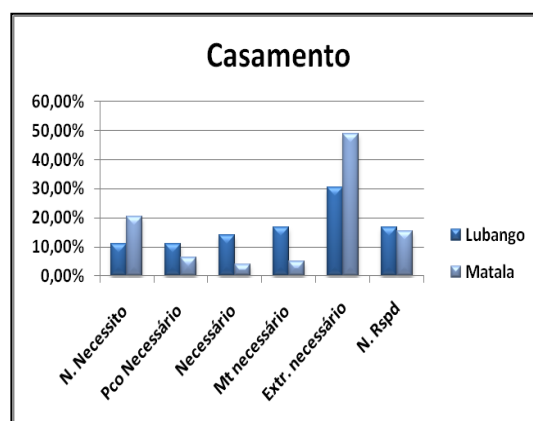
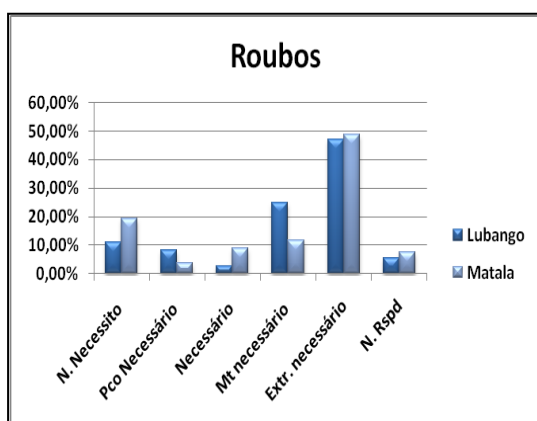


Gráfico 12-Microseguro de roubos

Gráfico 13-Microseguro de casamentos

Os resultados para a procura de microseguro de casamentos mostraram uma procura forte na Matala, com aproximadamente 50% a considerá-lo como extremamente necessário. Este resultado foi menos notório na região do Lubango.

A procura por microseguros de incêndios também se revelou forte em ambos os municípios mas, com maior incidência no Lubango como mostram os três últimos escalões.

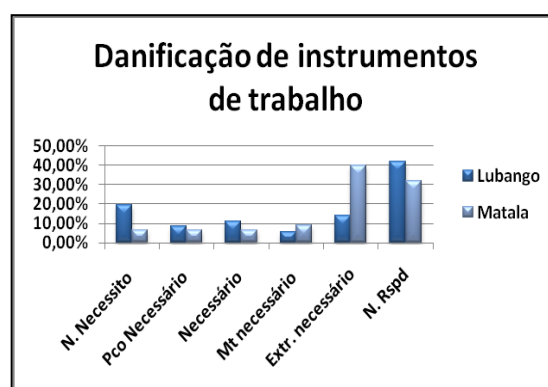
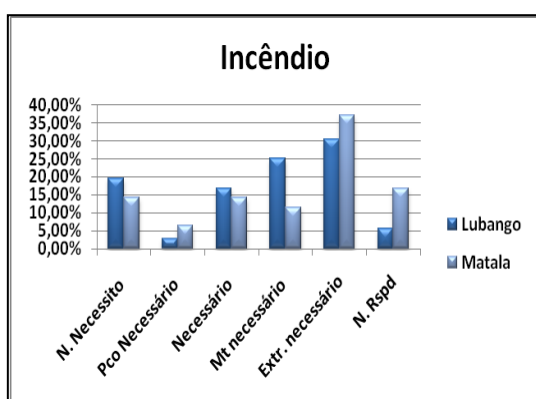


Gráfico 14-Microseguro de incêndios

Gráfico 15-Microseguro de danificação de instrumentos de trabalho

De acordo com o gráfico que retrata a procura de microseguros para a danificação de instrumentos de trabalho, observa-se uma procura, relativamente, significativa na Matala, no entanto o mesmo não se verifica para o Lubango. Porém, registou-se um elevado número de inquiridos, em ambas regiões, que não respondeu, o que se pode traduzir numa não necessidade.

Em relação aos microseguros de despesas futuras de educação para os filhos, vida e para o de renda em caso de morte da pessoa que aufera o rendimento familiar, regista-se em ambos os municípios, como se pode ver nos gráficos que se seguem, por parte da população inquirida uma vontade muito grande em adquirir estes produtos, nomeadamente os seguros de vida e de renda em caso de morte da pessoa que aufera o rendimento familiar.

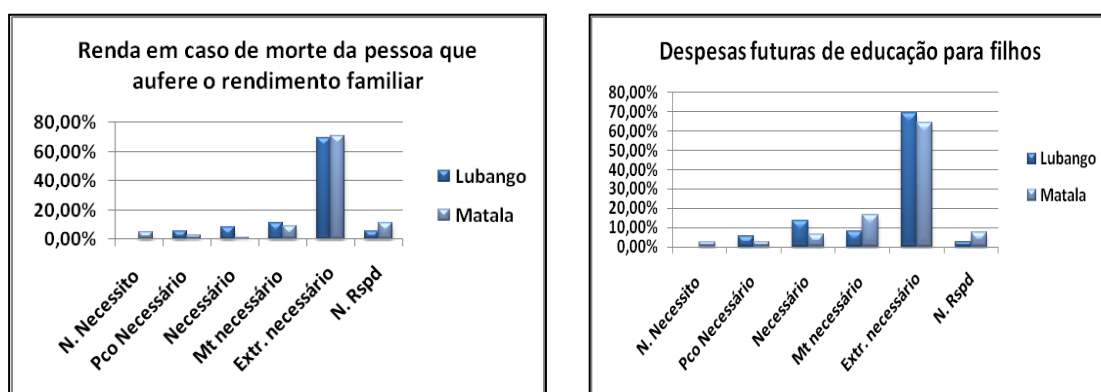


Gráfico 16-Microseguro de renda em caso de morte da pessoa que aufera o rendimento familiar

Gráfico 17-Microseguro para as despesas futuras de educação para os filhos

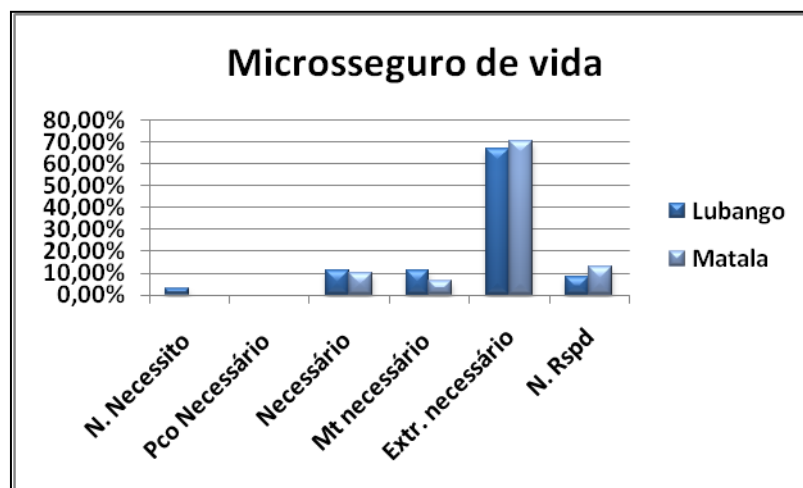


Gráfico 18-Microseguro de vida

O estudo mostrou que os mais frequentes e stressantes riscos que os indivíduos inquiridos, em ambos os municípios, desejam ver cobertos são respectivamente, saúde, morte da pessoa que aufer o rendimento para o sustento familiar, despesas futuras de educação para os filhos, vida e compra de medicamentos. É de assinalar que se verificou uma procura elevada para microseguro de funeral no município da Matala.

3.2.1.4-Análise da satisfação dos inqueridos face aos serviços de saúde

No município, tal como no resto do país, a saúde é totalmente gratuita, quer a parte hospitalar quer a parte medicamentosa. Contudo, a qualidade do serviço de saúde apresenta algumas deficiências e limitações. Com esta análise, procura-se compreender quais são as maiores dificuldades com que os inquiridos se deparam e quais as limitações da rede de saúde.

De acordo com o estudo, verificou-se que existe uma recorrência frequente aos serviços de saúde, como mostra o gráfico abaixo.

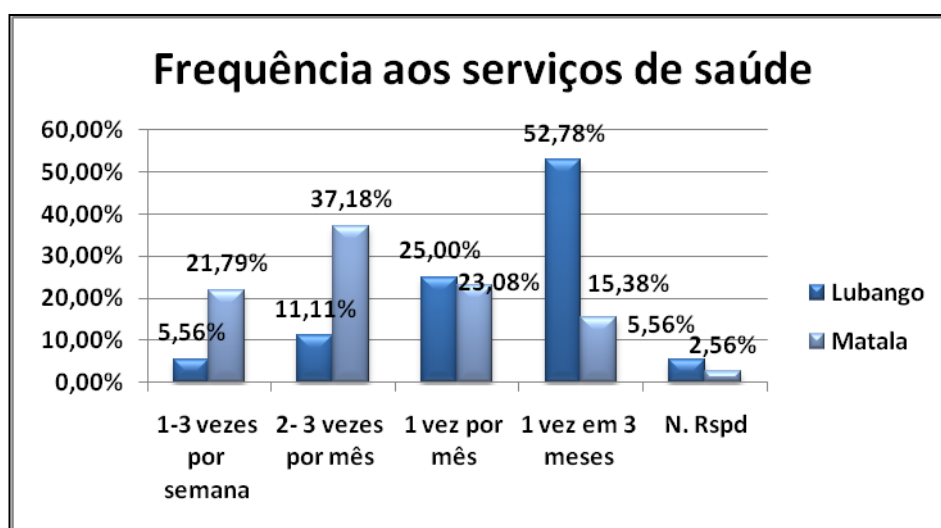


Gráfico 19-Frequência aos serviços de saúde

Mais de 50% da população inquirida na região da Matala vai pelo menos duas a três vezes por mês aos serviços de saúde. No entanto, regista-se um valor elevado para o escalão de ida aos serviços de saúde de 1-3 vezes por semana (21,79%). Isto mostra o quão frágil é a saúde e isto deve-se a diferentes aspectos, nomeadamente, saneamento básico limitado, insuficiência de água potável, alimentação pouco nutritiva, precariedade da saúde preventiva, deficiência nos serviços prestados o que faz com que as pessoas recorram mais vezes dos que as que seriam necessárias se o serviço e as condições fossem melhores. Verifica-se que apenas 15% dos inquiridos recorre com pouca frequência aos serviços de saúde (1 vez em 3 meses), contrariamente aos 52,78% registados para o Lubango, o que traduz a melhor qualidade de vida desta região.

Devido a várias limitações dos serviços de saúde na Matala, a população declara recorrer aos serviços alternativos, como foi referido acima, como formas alternativas de tratamento. De acordo com este estudo, cerca de 62% dos inquiridos afirma recorrer a esses serviços. Este resultado expressa, por um lado, as crenças em tratamento não científico e, por outro, a grande limitação e o difícil acesso à rede hospitalar.

O estudo deu particular atenção ao factor de localização das unidades hospitalares bem como à mobilidade dos inquiridos para se deslocarem até aos postos de saúde mais próximos das suas residências. Os gráficos que se seguem mostram qual

a distância percorrida por cada inquirido até ao posto de saúde mais próximo e como se desloca para lá chegar. Assim temos:

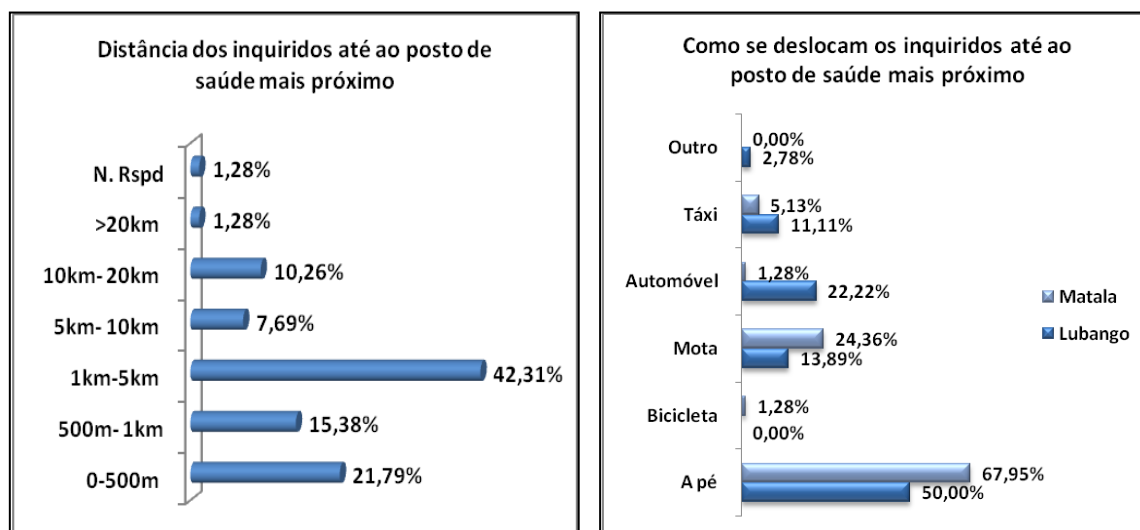


Gráfico 20-Distância percorrida até ao posto de saúde mais próximo

Gráfico 21-Meios utilizados para deslocação ao posto de saúde mais próximo

De acordo com o gráfico, conclui-se que a maioria da população da amostra na região da Matala reside num raio inferior a 5km do posto de saúde, contrariamente, no Lubango este raio desce para 1km. É importante notar, que existem inquiridos que residem a mais de 5km de um posto de saúde, para a Matala, este valor é de 20%, dos quais, 7,69% da amostra reside num raio de 5km-10km e, 66,67% desses, deslocam-se a pé e, para distâncias superiores a 10km esse valor é de 37,50%. Esta é uma situação que merece alguma atenção visto que, para além da distância, que vai contra as normas da OMS, verifica-se também uma limitação no número de veículos de transporte de doentes, vias de acesso e assistência médica ao local.

A maioria dos inquiridos desloca-se a pé até ao posto de saúde mais próximo (68%) e os restantes utilizam meios de transporte alternativos. Verifica-se alguma recorrência ao uso de motas, isto acontece porque, as motas funcionam como táxis e são relativamente mais baratas do que os automóveis que servem de táxis colectivos. Em relação ao Lubango verifica-se, também, que a maioria da população desloca-se a pé mas existe uma percentagem significativa (22,22%) que utiliza o carro próprio.

O custo do transporte é outro problema que a população tem de enfrentar, e que condiciona muito a sua mobilidade. Como vemos pelo gráfico abaixo, estes preços

variam entre os 50AKZ e os 200AKZ. Estes valores são elevados para quem declara um rendimento mensal médio de 500AKZ. No entanto, a opção de ir a pé, que contribui para o aumento do tempo de deslocação, juntamente com o tempo de espera de atendimento, faz com que a ida ao médico seja, por vezes, necessário perder um dia de trabalho. Este facto é algo que condiciona o rendimento da família porque, normalmente, estas desempenham actividades no ramo de comércio, e são os próprios a vender as suas mercadorias, como tal, perder um dia de trabalho contribui negativamente para o rendimento no final do mês ou mesmo diário. Abaixo encontram-se os quadros que explanam a realidade dos custos de transporte bem como o tempo de espera no posto de saúde

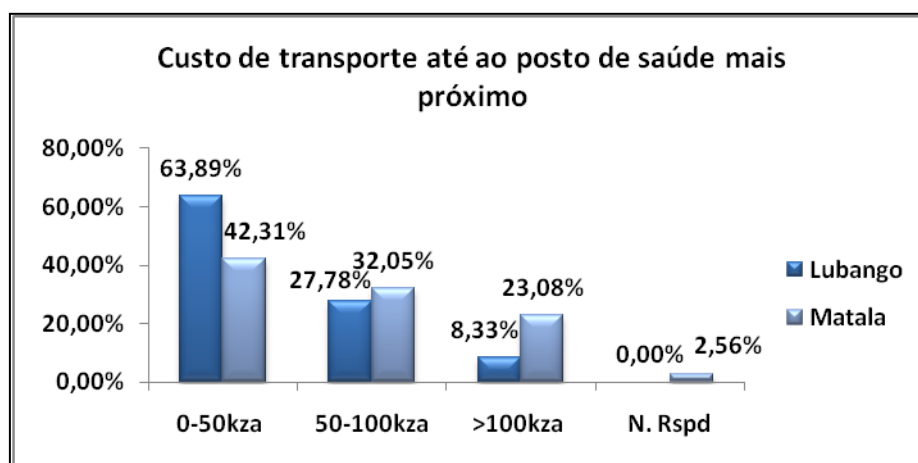
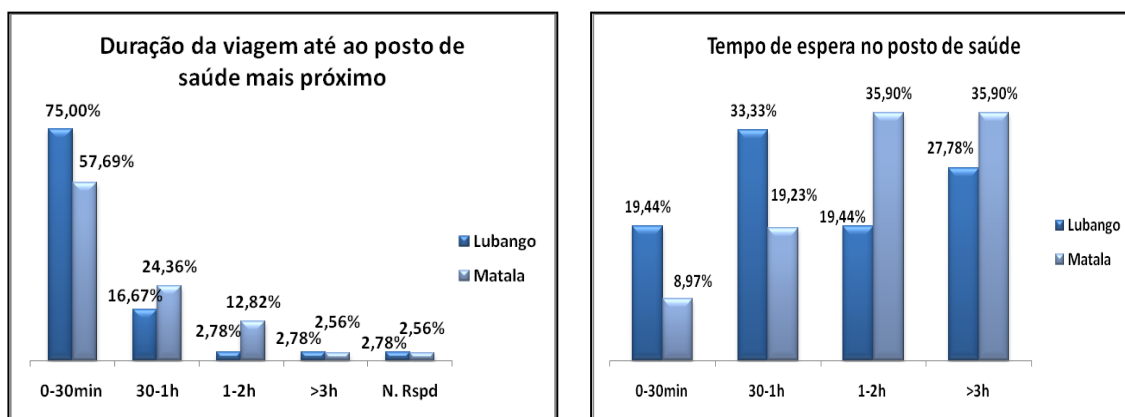


Gráfico 22-Custo de transporte dos inquiridos até ao posto de saúde mais próximo

Observa-se que a maior parte, em ambos os municípios, paga 50AKZ¹⁵ para se deslocar até ao posto de saúde mais próximo.

No que se refere ao tempo de viagem até ao posto de saúde mais próximo, verifica-se, no gráfico abaixo, que a população da amostra do Lubango demora menos tempo do que a da Matala e isto deve-se, em parte, a melhores acessibilidades, maior número de postos de saúde e mais proximidade às zonas habitacionais.

¹⁵ Corresponde ao valor mínimo que se deve pagar para usufruir do táxi. É importante referir que, em meados de 2010 houve um aumento do preço do combustível (50%) que contribui para subida dos preços apresentados no quadro.

**Gráfico 23-Duração da viagem até ao posto médico mais próximo****Gráfico 24-Tempo de espera no posto médico**

Em relação ao tempo de espera, a maioria dos inquiridos declara, em ambos os municípios, esperar, pelo menos, 1h no posto de saúde. É de referir também, que a percentagem da amostra que declarou esperar mais de 3h para ser atendido é bastante elevada nos dois municípios. Ao factor de espera moroso adiciona-se, também, o facto de muitas vezes os pacientes não serem atendidos porque o tempo de atendimento já terminou, o técnico médico e/ou os técnicos das máquinas não estão disponíveis, entre outros, faz com que as pessoas tenham de ir várias vezes a esses serviços.

Em relação a qualidade da rede hospitalar bem como a satisfação dos inquiridos face aos serviços que lhes são prestados, verifica-se diferenças acentuadas entre os municípios, nomeadamente, referentes a frequência aos serviços de saúde visto que a maioria dos inquiridos no município da Matala vai pelo menos duas à três vezes por mês aos serviços de saúde ao passo que no Lubango a maioria dos inquiridos declara ir uma vez em cada três meses. Estas diferenças registam-se também na distância dos postos de saúde, tempo de viagem até ao posto de saúde mais próximo e no tempo de espera para ser atendido.

Em relação à qualidade do serviço de saúde, a população da amostra da Matala mostra-se satisfeita. O factor que mais contribui para essa satisfação é o facto de os serviços serem totalmente gratuitos. As imagens que se seguem mostram esse nível de satisfação:

Nível de satisfação face a qualidade de atendimento no seu posto de saúde			
	Freq. Absoluta	% Relativa	% Acumulada
Mau	23	29,49%	29,49%
Satisfatório	48	61,54%	91,03%
Excelente	7	8,97%	100,00%
Total	78		

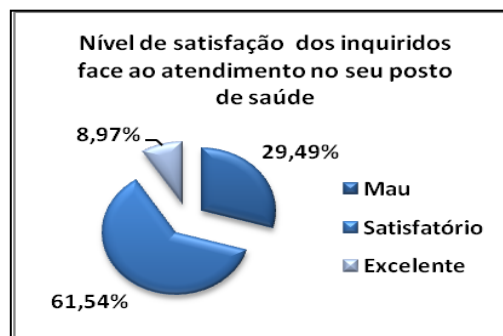


Tabela 6-Nível de satisfação face à qualidade de atendimento no posto de saúde

Nota-se que a maioria dos inquiridos declara estar satisfeito com os serviços de saúde (61,54%) e perto dos 30% declara mesmo o serviço como excelente. Isto deve-se, como referido acima, ao facto de o serviço ser totalmente gratuito, visto que estas pessoas não descontam para o Estado.

Nos hospitais podem dispor de comida, casas de banho, tratamento hospitalar (medicamentos, vacinas, injeções, etc), camas, água potável, etc. Estas condições constituem um luxo para quem vive em casas de pau ou de adobo¹⁶, pois não dispõem das mínimas condições de vivência diária.

Entretanto, estas declarações não são solidificadas com as respostas dos inquiridos à questão de, se estavam dispostos a contribuir para o melhoramento do serviço de saúde, pois a grande maioria declarou que sim (80,77%) como mostra o gráfico que se segue:

¹⁶ Barro seco em forma de bloco, utilizado para a construção de casas.

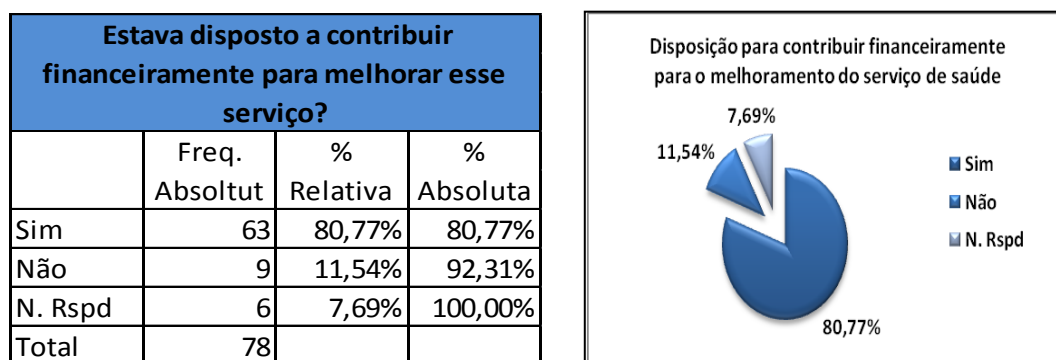


Tabela 7-Disposição para contribuir financeiramente para melhorar o serviço de saúde

Estes resultados revelam uma grande insatisfação, embora escondida, dos inquiridos em relação ao serviço que lhes é prestado. Isto deve-se, em parte, à falta de organização e controlo desses serviços, nomeadamente, os pacientes não dispõem de fichas de identificação nem de seguros estatais, o controlo de presenças sobre os recursos humanos é ineficiente, a qualificação dos recursos humanos mostra-se duvidosa, carência de pessoal especializado em áreas críticas, fiscalização deficiente dos serviços prestados, número limitado de unidades hospitalares.

Esta contradição pode ser explicada, também, pelo facto de a população sentir-se, ainda, apreensiva devido aos anos de guerra, em manifestar os seus desejos e frustrações face à realidade do país.

Com o objectivo de quantificar o manifesto dos inquiridos face à vontade de contribuir para o melhoramento desse serviço, foi-lhes questionado o valor, em kwanzas, que estariam dispostos a contribuir e obteve-se os seguintes resultados:

Variáveis estatísticas	Valores
Nº de inquiridos	59
Média	153,4745763
Variância	92483,83986
Des. Padrão	304,1115582
Mediana	100
Moda	50
Máximo	2000
Mínimo	10

Tabela 8-Variáveis estatísticas para medir o nível de contribuição financeira, para melhorar a qualidade do serviço de saúde

Verifica-se que apenas 59 dos 78 inquiridos respondeu a esta questão. O valor médio que os indivíduos estariam dispostos a contribuir, em média, mensalmente seria de 153,47AKZ.

Contudo, mais de 50% da população estaria disposta a pagar no máximo 100 AKZ e o valor mais comum, entre os inquiridos, é 50AKZ.

É de assinalar que estes valores ficam abaixo dos valores, acima citados, referentes a despesa que os inquiridos estariam disposto a realizar para adquirirem o microseguro de que mais precisassem. Isto mostra que os indivíduos estão mais propensos a cobrir um determinado risco à que estejam mais expostos do que a contribuir para melhorar o serviço do posto de saúde mais próximo da sua residência.

É importante referir que o Estado tem feito grandes esforços no sentido de proporcionar melhores condições de saúde à população, entretanto, a população não tem formação nem conhecimento para estimar e cuidar dos meios que lhes são oferecidos. Esta realidade exterioriza-se na deterioração das casas de banho dos hospitais, salas de espera, camas, etc.

Doravante, deve-se trabalhar no sentido de dar formação à população de modo a criarem hábitos de educação e estima com o intuito de preservar o que é de todos.

3.2.1.5-Reservas sobre os resultados dos questionários

Angola viveu sobre guerra por mais de 30 anos, como tal, apresenta até hoje marcas chocantes desse passado triste. Entre estas marcas, destaca-se, o baixo nível de escolaridade da população, nomeadamente, na faixa etária adulta cuja maior parte não

sabe ler nem escrever. A população mais jovem apresenta uma média de frequência do ensino básico (1ª classe a 8ª classe) mais elevada, mas com grandes limitações ao nível de escrita e leitura bem como muitas dificuldades em termos de compreensão.

Perante este quadro, a aplicação dos questionários não foi simples e culminou com resultados, de certa forma, enviesados devido a:

- Na aplicação dos questionários, tentou-se trabalhar com grupos de seis pessoas de modo a explicar a importância do trabalho, bem como o significado de cada questão. No entanto, isto levou os inquiridos a copiarem mutuamente as respostas;
- A população do interior não sabe falar português e, como tal, recorreu-se a tradutores o que contribui, de certa forma, para alguns enviesamentos pois, por um lado não transmitiam a informação 100% correcta e, por outro, o facto de as pessoas não saberem ler e escrever limitou a sua resposta ao questionário;
- As pessoas não foram muito sinceras nas suas respostas, principalmente na questão referente aos rendimentos que auferiam. A média de rendimentos declarados pelos vendedores foi muito inferior ao que fazem na realidade, cerca de 8000AKZ contra 2500AKZ declarados. Estas declarações contrárias devem-se ao facto de que os inquiridos pensaram que o estudo fosse a mando do governo com o intuito de saber quais eram as suas necessidades e onde precisariam de mais ajuda, o que os levou a concluir que se declarassem baixos rendimentos mais ajuda iriam receber;

O povo angolano durante muito tempo teve como principal objectivo sobreviver a guerra e, como tal, pararam de estudar, trabalhar e desempenhar qualquer tipo de actividade que lhes permitisse o desenvolvimento e acumulação de riqueza. Deste modo, durante o período de guerra o Estado (governo) foi obrigado a providenciar as necessidades básicas da população, nomeadamente as necessidades alimentares. Assim, a população desenvolveu uma postura passiva no que concerne em trabalhar para alcançar um melhor nível de vida e adoptou a política de “esticar a mão” pois o governo irá dar o que se está a pedir.

IV-Criação do projecto de microseguro de saúde

De acordo com a realidade, acima descrita, do município da Matala bem como dos resultados dos questionários, conclui-se que existem condições para o desenvolvimento de quase todos os produtos de microseguros supracitados. No entanto, escolheu-se o microseguro de saúde, em forma de produto composto, associado ao microseguro de vida, como base para o desenvolvimento deste projecto de trabalho. Esta escolha deve-se a factores como: elevada taxa de mortalidade e de natalidade, elevada taxa de mortalidade infantil, reduzida esperança média de vida e precariedade nos serviços de saúde prestados no município.

Acredita-se que este projecto deverá dirigir-se, primeiramente, para as mulheres porque têm normalmente como prioridade de vida o bem-estar do seu agregado familiar. Por outro lado, os homens angolanos têm como cultura ter várias mulheres, faz parte da tradição de certos grupos etnológicos e, simultaneamente, os baixos rendimentos que auferem bem como o elevado número de filhos que possuem contribui para que seja extremamente difícil fornecer um bem-estar aceitável às suas famílias.

Esta iniciativa pode constituir um ponto de viragem para o estatuto da mulher angolana porque pode melhorar as condições de vida da sua família, incrementar o seu bem-estar e ajudá-la a conquistar o seu estatuto na vida social.

Contudo, antes de definir o produto a comercializar, o projecto deve definir primeiro que tipo de gestão irá usar, ou seja, quais serão as suas prioridades, desenvolvimento social ou mercantil (McCord, Osinde, 2005). Esta é uma temática extremamente importante pois condiciona o desenvolvimento futuro do projecto, visto que, isto requer definições de objectivos, políticas, controlos, preços, gestões diferentes e, por último, determina a capacidade de gerar lucros.

Após decidir qual irá ser a sua orientação, este deverá escolher qual o modelo de fornecimento de microseguros que irá adoptar. De acordo com McCord (2000) os modelos que se encontram em desenvolvimento são:

- *Partner agent model*: verifica-se uma parceria entre as seguradoras e as MFIs com o objectivo de trocar experiências e obter vantagens recíprocas. As seguradoras utilizam, por um lado, o mecanismo eficiente de prestação de serviços de venda e pós-venda das MFIs ao mercado de baixos rendimentos. Por

outro, as MFI's utilizam a parceria para obter financiamento de cuidados de saúde para os seus clientes com custos administrativos limitados e sem riscos.

- *Full service model*: o provedor assume todos os riscos relacionados com o produto, é responsável pelo desenvolvimento do conceito do produto através da avaliação de marketing, serviços e reclamações. É responsável, também, por quaisquer perdas financeiras, e recebe os lucros.
- *Community based model*: neste modelo os segurados são os proprietários e gestores do projecto, elegem, entre os membros voluntários, um grupo para actuar como gestores os quais são responsáveis por todos os aspectos das operações de seguro. É da sua responsabilidade o design, desenvolvimento e venda do produto e prestação dos serviços. São, também, responsáveis pela negociação de contratos de cobertura com os prestadores de cuidados de saúde externos. Este modelo requer um investimento significativo na formação e capacitação, a fim de desenvolver a habilidade dos voluntários para gerir o regime;
- *Provider model*: o fornecedor dos cuidados de saúde é o próprio provedor de microseguros, que é também responsável por todas as operações de design, marketing, e entrega do produto. Normalmente estes provedores são médicos, clínicas ou hospitais que prestam serviços, que são limitados nas suas instalações, em troca de pagamentos feitos pelos segurados.

Crê-se que o mais indicado para se aplicar à realidade do município será o modelo *Partner agent model* em formato de Parceria Público Privada (PPP), isto porque, a PPP apresenta-se mais adequada às circunstâncias do município. Este mostra-se o projecto mais indicado porque envolve a junção de competências de várias entidades com o intuito de explorar uma área comum que lhes é desconhecida. Assim, torna-se essencial a participação da administração pública municipal, de uma MFIs, uma seguradora e de outras instituições que apoiam o desenvolvimento social.

4.1-Criação de uma parceria público privada

A fundação desta parceria entre as instituições, citadas no ponto acima, subentende uma partilha de riscos devidamente identificados, devendo ser repartidos entre as partes de acordo com a sua capacidade de gestão dos mesmos.

No que concerne à responsabilidade de cada participante do projecto, esta está directamente relacionada com as técnicas das suas actividades bem como com o seu poder de influência.

4.1.1-Administração Municipal

A administração municipal deve ter um papel activo e de responsabilidade social através do financiamento do projecto, de modo que, os prémios recolhidos pela seguradora cresçam e solidifiquem o fundo de investimento, isto porque, a população dispõe, por um lado, de baixos rendimentos e, por outro, de pouca cultura financeira o que dificulta a ocorrência de riscos de homogeneidade qualitativa e quantitativa em número suficiente para que resulte economicamente rentável a afectação de recursos económicos para a actividade de seguros. Por outro lado, existem segmentos de mercado comercialmente e economicamente inviável, onde a população é extremamente pobre e não dispõe de recursos para adquirir um produto de microseguro, independentemente do seu preço. Assim, é fundamental a participação da administração no sentido de garantir a expansão do projecto e contribuir para a sua viabilidade.

Perante esta realidade, a administração pode ajudar, por um lado, através da criação de condições que facilitem a actividade das operadoras nos mercados de baixos rendimentos e, por outro, contribuir para a criação de um fundo de garantia com os objectivos de:

- Cobrir, em caso de incumprimento, os empréstimos concedido pela MFI, quer em formato de microcrédito quer para o financiamento do pagamento dos prémios de microseguro, aos indivíduos seleccionados para o projecto;
- Cobrir, em caso de incumprimento, o pagamento das prestações do prémio do microseguro à prestadora do serviço de microseguro;
- Cobrir, futuramente, os prémios das pessoas que não tem condições para pagar as prestações do prémio em virtude da sua situação económica extremamente precária. Isto contribuirá para um aumento da inclusão social e incremento da saúde dos mais necessitados.

No entanto, esta situação não deve impedir que o valor dos prémios seja calculado de forma a cobrir todos os encargos e possibilitar uma margem de lucro futura.

Posteriormente, uma parte dos fundos captados e capitalizados poderá ser investido na criação e melhoramento das condições da rede que colaborará com o projecto e assim oferecer, cada vez mais, melhores condições à população.

4.1.2-Instituição Micro-Financeira

A parceria com uma MFIs deve acontecer pelo facto de esta instituição já estar familiarizada a lidar com transferências financeiras no mercado de baixo rendimento, dispondo assim de conhecimentos tecnológicos e humanos para contornar as barreiras e dificuldades que este mercado apresenta.

No entanto, é importante treinar os vendedores das MFIs através da observação das técnicas e explicações de venda por parte do staff das seguradoras (McCord, Mutesasira, Mukwana, Sekiranda, 2000).

Assim, é importante criar relações fortes com estas instituições com o intuito de fazê-las vender os microseguros, como se fossem os seus próprios produtos. Segundo McCord, Osinde (2005) uma maneira de incentivar as MFIs é encorajá-las a oferecerem produtos de poupança e empréstimo em parceria com as microsseguradoras onde o dinheiro das poupanças poderá ser investido e gerar rendimentos extras para as MFIs.

4.1.3- Seguradora

A associação a uma seguradora deve-se verificar pelo facto de esta estar familiarizada com as técnicas da actividade de seguros. A actividade seguradora é extremamente complexa e sensível, onde a informação para o negócio é diferente dos outros ramos de actividade, como tal, é fundamental trabalhar com técnicos que compreendem o ramo de negócio e sejam capazes de usar toda a informação disponível de modo a tomar decisões que tornam a actividade sustentável e lucrativa a longo prazo.

É de referir que, até a data, não existe nenhuma seguradora a operar no município. Para se proceder à aquisição de seguros, nomeadamente o de automóvel, a população tem de se deslocar ao Lubango (+/- 190km). É caso para dizer-se que existe aqui, também, um mercado que pode ser explorado pelo projecto.

4.1.4- Organizações Não Governamentais (ONG)

Sendo estas organizações sem fins lucrativos, constituem um forte apoio para o desenvolvimento deste projecto visto que, para além de desenvolverem acções em várias áreas, têm uma enorme capacidade de mobilizar a opinião pública e conquistar a participação da população nas causas que defendem.

As ONG, em certas situações, complementam o trabalho do Estado e podem angariar fundos junto de instituições nacionais e internacionais bem como de particulares, facto que é mais complicado de se alcançar se for o próprio Estado a requerer.

Assim, constitui uma mais-valia para o projecto ter como colaboradores ONG em áreas como a saúde, preferencialmente, mas também em áreas de carácter social de modo a facilitar a implementação e expansão do projecto.

4.1.5- Instituições de Apoio ao Desenvolvimento Social

É importante a participação de todas as instituições que de alguma maneira possam contribuir para o desenvolvimento e aplicação do projecto.

Normalmente, estas instituições têm um papel importante na divulgação do produto e na educação dos futuros clientes. Constituem, fundamentalmente, os instrumentos de marketing do produto.

Geralmente estas instituições são igrejas, escolas, centros de juventude, Organização da Mulher Angolana, entre outros.

4.1.6- Sobas

Como já foi dito acima, os sobas constituem autoridades tradicionais com grande influência sobre a população. Pode-se dizer mesmo que os sobas constituem a força de maior influência sobre a população. Deste modo, a sua participação é fundamental, nomeadamente, em termos de marketing, como se verá mais abaixo.

Assim, numa primeira fase do projecto, deve-se analisar quais as instituições existentes e dessas, quais as que poderiam constituir uma mais-valia para o projecto.

4.2- Medidas para a implementação do projecto

O projecto tem como objectivos principais incrementar a saúde dos participantes e de suas famílias bem como aumentar a sua capacidade financeira.

4.2.1- Implementação do microcrédito

De acordo com os resultados do inquérito referentes à questão sobre o conhecimento da modalidade de financiamento de microcrédito, verificou-se que 84,62% da população inquirida declarou não conhecer esta modalidade de financiamento. Perante este resultado, conclui-se que a população não tem acesso a este tipo de financiamento. É importante referir que o microcrédito constitui a única forma de financiamento formal viável para os indivíduos que se encontrem numa situação económica delicada.

Perante esta realidade, o primeiro passo para se implementar o projecto passa por implementar a modalidade de financiamento de microcrédito no município, de

modo a aumentar a inclusão financeira da população de baixos rendimentos através do aumento do acesso aos serviços financeiros, porque só assim poderão sair das condições precárias em que se encontram e desenvolver competências que lhes permitam gerir o risco e fazer face as incertezas à que estão sujeitos.

Para tal, deve-se estabelecer contacto com uma instituição financeira que já esteja a operar neste segmento e criar as condições para que esta possa operar no município.

A instituição deverá facultar micro financiamentos à população que apresente determinadas características e, em contrapartida, deverá receber prestações mensais de pagamentos com o intuito de amortizar o valor do empréstimo bem como os juros associados a este. No valor dessa prestação mensal estará incluído, implicitamente, uma percentagem que corresponde ao microsseguro de vida (crédito), cujo objectivo, como já foi citado acima, é de garantir que o contrato seja cumprido por parte do mutuário, em caso de morte ou invalidez. Esta particularidade deve ser explicada a quem está interessado em adquirir o microcrédito pois constitui uma porta aberta para a venda de outros produtos de microsseguros, neste caso em particular, o de saúde.

Deverá também ficar explícito que a gestão destas contribuições para o seguro de vida deve ficar a cargo da empresa seguradora.

4.2.2- Caracterização da população alvo

Primeiramente, dever-se-á fazer um levantamento detalhado sobre a população repartida por zonas geográficas. Deverá dar-se especial importância à caracterização do género feminino, nomeadamente, número de filhos, habilitações literárias, profissão, rendimento médio, número de pessoas no agregado familiar, estado civil, se é a única parceira do seu esposo, zona residencial e se é membro de alguma organização. Esta caracterização é importante porque permite traçar o perfil da população e ajuda a eleger quais os indivíduos que apresentam as melhores condições para ter acesso ao microcrédito e consequentemente aos microsseguros numa fase inicial.

É preferível que os indivíduos que vão fazer parte do projecto sejam membros de determinadas organizações, como por exemplo, cooperativas de agricultores, professores, OMA, funcionários públicos, etc, e que se verifique uma participação forte por parte dos membros de cada grupo. De acordo com McCord, Mutesasira, Mukwana, Sekiranda (2000), os pobres apresentam dificuldades para pagar os prémios porque não dispõem de mecanismos de poupança eficientes. Quando pertencem a um grupo tornam-

se mais solidários e responsáveis. Assim, trabalhar com grupos é preferível do que trabalhar com indivíduos isolados porque, o sistema de pagamento dos prémios é mais eficiente, visto que existe uma responsabilidade maior de cada indivíduo e o próprio grupo força a responsabilidade desse pagamento diminuindo assim o efeito de selecção adversa. Assim, deve-se verificar, também, a promoção do registo familiar ao invés do individual de modo a aumentar a confiança, responsabilidade e participação que se procura (McCord e Osinde, 2002).

Outro aspecto que se deve ter em conta é a localização geográfica. Deve-se trabalhar com grupos de indivíduos que habitem num espaço geográfico próximo de modo a diminuir os custos operacionais e a maximizar a utilidades dos serviços.

4.2.3- Definição do produto

Quando se desenha um produto é fundamental compreender o mercado. Como tal, isto envolve perceber quais os riscos que as pessoas enfrentam, como lidam com esses riscos e quem provém recursos de cobertura semelhantes (McCord e Osinde, 2005).

De acordo com o estudo realizado, constatou-se que a população enfrenta grandes dificuldades na área da saúde, como tal, este foi, de acordo com as declarações dos inquiridos, o microsseguro mais desejado. Esta dificuldade prende-se a aspectos relacionados com:

- Deficiente qualidade dos serviços de saúde prestados;
- Elevados custos de mobilidade;
- Medicamentos;
- Ineficiência de alguns programas desenvolvidos;
- Ineficiência da medicina preventiva;
- Doenças crónicas.

Perante estas dificuldades, é fundamental desenvolver produtos que amenizem as dificuldades sentidas pela população, que lhes ofereçam um serviço de melhor qualidade e que contribuam para uma melhor gestão do risco face à incertezas futuras caso contrário, as pessoas não estarão interessadas.

De acordo com a situação descrita acima, propõe-se criar um produto de microsseguro de saúde composto que inclua as seguintes áreas:

- Criação de uma linha telefónica de assistência médica;

- Medicina preventiva;
- Medicamentos;
- Hospitalização;
- Assistência médica (transporte).

4.2.3.1- Linha telefónica

A criação de uma linha telefónica de assistência médica iria funcionar na medida em que estaria disponível 24h por dia, monitorizada por um técnico de saúde e seu assistente. Este iria prestar assistência médica para as questões mais simples e constantes de saúde que a população enfrenta com mais frequência. Deverá disponibilizar-se telefones em certos pontos estratégicos das comunas de modo a que toda a população tenha acesso. Em cada um desses pontos deverá estar um funcionário para gerir as chamadas, traduzir a mensagem dos indivíduos e receber as receitas, quando necessário, via fax.

Esta iniciativa constitui uma medida que pode melhorar muito o quotidiano da população em termos de mobilidade visto que, os indivíduos não precisariam de se deslocar para o posto de saúde e perder várias horas de deslocação bem como de espera e não gastariam dinheiro nos transportes, para questões de saúde menos graves. Consequentemente isto contribuiria para um descongestionamento dos hospitais o que aumentaria a qualidade do serviço prestado.

4.2.3.2 - Saúde preventiva

Apesar de já existir um número aceitável de programas de medicina preventiva, estes mostram-se ineficientes. É o caso da malária que apesar dos programas preventivos, esta continua a ser a principal doença no município. A esta juntam-se doenças como infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas (DDA) e bilharziose, a tuberculose pulmonar, o HIV e as ITS.

A taxa de incidência dessas doenças pode ser combatida através deste projecto de microseguros. O desenvolvimento deste passa por uma campanha mais agressiva em termos de educação da população e disponibilização de meios, quer em quantidade como em qualidade para o combate das doenças, citadas acima, visto que este passa por mais informação, educação e consciencialização da população do que, propriamente, em grandes investimentos em meios materiais. Contudo, para que se verifique a eficiência

da saúde preventiva é necessário existir um acompanhamento rigoroso de todos os pacientes através de base de dados monitorizadas por processos computacionais de modo a realizar mais facilmente comparações.

Concluído o trabalho intenso na educação deve-se passar para a disponibilização dos meios para as combater. Assim, o projecto de saúde preventiva deve actuar no sentido de consciencializar a população e auxiliá-la com os meios necessários de modo a reduzir a sua vulnerabilidade perante este tipo de doenças.

4.2.3.3 - Medicamentos

Apesar de o acesso aos medicamentos ser completamente gratuito, estes são fornecidos de forma irregular o que contribui para sua escassez. Consequentemente, muitos indivíduos acabam por recorrer a farmácias privadas para adquirir os medicamentos de que precisam, isto quando têm dinheiro para o fazer, caso contrário, não fazem a medicação. Existe assim um potencial de mercado que pode ser explorado pelos microsseguros.

Esta exploração pode ser feita através da colaboração com a rede de farmácias privadas, que normalmente dispõe de uma gama mais diversificada de medicamentos e de um abastecimento mais regular, recorrer a possíveis doadores e apostar nos medicamentos genéricos.

Assim, as pessoas que aderissem ao microsseguro, beneficiariam do acesso aos medicamentos de que necessitassem e a preços comparticipados pelo projecto. Tome-se como exemplo o caso da doença Oncocercose que, de acordo com o estudo CDPA (2009), afecta 100% da população nas zonas de incidência devido a ineficiência de prevenção e tratamento resultante da falta de medicamentos.

Com este projecto é possível combater a escassez dos medicamentos e disponibilizar mais meios à população para que possam gerir melhor as suas incertezas e vulnerabilidades.

4.2.3.4 - Hospitalização

Tendo em conta o número de unidades hospitalares, que é reduzido, verifica-se um problema no que concerne à questão de hospitalização pois a capacidade dos hospitais é limitada face a este facto.

O projecto pode colmatar esta dificuldade através de um acordo de colaboração com o hospital para que este deixe sempre um número de camas livres para serem

utilizadas apenas pelas pessoas que possuem um microcresseguro em contrapartida de um pagamento mensal.

Isto contribui, por um lado, para um aumento dos recursos financeiros dos hospitais e por outro, um melhor serviço de saúde prestado à população.

À pessoa que adquira os microseguros de saúde devem ser oferecido condições especiais, nomeadamente:

Estabelecer protocolos com médicos privados para que atendam, com prioridade, os clientes que possuem microseguro de saúde de modo a evitar as longas filas de espera. De acordo com os resultados do inquérito, mais de 35% da população afirma ter de esperar mais de 3 horas para ser atendida e isso contribui negativamente o seu rendimento como já foi visto anteriormente no trabalho.

Outra medida que pode ser tomada para atrair mais clientes é incluir no pacote de hospitalização as refeições, visto que, apesar de o hospital oferecer comida, esta não é a de melhor qualidade. Existe também a opção de os familiares levarem esta comida, no entanto, isto envolve uma maior disponibilidade de mobilidade que muitos indivíduos podem não ter.

4.2.3.5 - Assistência médica - transporte

No contexto descrito acima referente a situação da mobilidade da população, a localização dos postos de saúde bem como dos resultados dos inquéritos face ao custo de transporte, duração de viagem até ao posto de saúde e os meios de mobilidade que utilizam, constatou-se que a população enfrenta inúmeras dificuldades para lidar com este cenário. Estas circunstâncias afectam a vida da população nas mais variadas formas, como já foram descritas acima, e têm um impacto grande no valor do rendimento mensal, isto porque, por um lado, se tiverem de recorrer aos transportes têm de os pagar e por outro, perdem sempre algumas horas nos períodos de mobilidade e espera no consultório que implica menos horas de venda e trabalho e consequentemente o impacto negativo no rendimento.

O projecto de microseguros pode ajudar a equilibrar essa situação através de acordos com os taxistas que estejam interessados em participar no projecto. Isto pode ser feito através da disponibilização de um táxi por zona, que apanhe os clientes e os leve de regresso de acordo com um horário pré-estabelecido, em contrapartida de um pagamento mensal assegurado pelo projecto.

Este objectivo pode ser estendido para cobrir, também, a viagem dos pacientes ao Lubango, isto porque, como foi referido anteriormente, existe carência de médicos em muitas especialidades, como tal, para os pacientes receberem determinados tratamento devem dirigir-se ao Lubango. No entanto, esta deslocação é muito cara para a grande maioria da população. Assim, este seguro pode ser útil para ultrapassar esta adversidade.

Embora os taxistas em Angola sejam olhados como pessoas pouco sérias e que fazem tudo pela óptica do quem paga mais, constitui um desafio explorar esta medida porque pode contribuir para o aumento da qualidade de vida da população.

Doravante, o mais importante é que os indivíduos que subscreverem os produtos de microseguros recebam um tratamento diferencial, pela positiva, face aos que não subscreveram de modo a sentirem que o seu dinheiro foi bem investido.

4.3 – Expansão do conhecimento sobre microseguros

No mercado de seguros é fundamental que se verifique o crescimento de clientes de modo a atingir o princípio da mutualidade e preços acessíveis, para tal, o marketing constitui uma ferramenta fundamental e deve ter um papel de comunicador e educador, dando a conhecer aos clientes as características do produto bem como fazer um acompanhamento de pós-venda de modo a fidelizar os clientes (McCord e Osinde, 2005). Como já foi referido acima, a população à qual se destina o produto apresenta baixos níveis de educação como tal, a sua cultura financeira é praticamente nula. Assim, é necessário trabalhar no sentido de dar a conhecer o que é o produto, como funciona, quais os principais benefícios e limitações, entre outras, de modo a prepará-las para a aceitação do produto. Isto pode ser feito através de:

- Participação das igrejas. Estas têm uma presença forte no município e uma grande capacidade de influência. Podem colaborar através da criação de grupos de estudos com o intuito de explicar como funcionam o microcrédito e os microseguros;
- Colaborações com os sobas de todo o município porque são vistos como autoridades inquestionáveis entre a população, como tal, a sua capacidade de influência é extremamente grande. Os sobas e suas famílias devem ser uns dos primeiros a adquirir o microseguro de modo a conhecer a sua funcionalidade e utilidade com o intuito de mais tarde passarem a

experiência à comunidade. É importante a publicidade em forma de testemunho, principalmente pelo boca a boca, porque torna a mensagem mais credível e facilita a aceitação;

- Participação dos segurados na gestão do projecto. É importante ter indivíduos que sejam indicados pela comunidade na gestão do projecto, visto que isto contribui para o aumento da confiança dos membros e uma maior transparência do projecto;
- Participação da OMA (organização da Mulher Angolana) através da formação de mulheres sobre o projecto de modo a que estas adquiram o produto e sejam porta-voz do projecto junto de outras famílias;
- Teatros ambulantes que expliquem as várias fases que caracterizam o processo de seguros, nomeadamente, inscrição, pagamento de mensalidades e indemnização (IAIS-CGAP, 2008);
- É importante a explicação detalhada das componentes que compõem o microseguro através, por exemplo, de folhetos simples com ilustrações explicativas para que os clientes compreendam quais as exclusões e limitações do produto que estão a adquirir.

Caso não se verifique este esclarecimento muitos clientes podem sentir-se enganados por não compreender como o produto funciona e criam expectativas irreais no que respeita ao serviço que eles esperam receber. Como tal, é importante para os provedores de seguros investirem em treinos de compreensão não só para os comerciantes mas também para todos os parceiros de modo a garantir que o produto seja bem compreendido e comunicado por todos os colaboradores (McCord e Osinde, 2002). É importante que a seguradora invista, também, no desenvolvimento de procedimentos standard manuais e conteúdos de formação de modo a manter a consistência da mensagem aos clientes.

O marketing ajuda a intensificar a fidelização do cliente, através de ferramentas que ajudam os clientes a compreender os benefícios das características dos produtos e a qualidade dos serviços prestados, só assim eles estarão incentivados a pagar.

Numa fase mais avançada do projecto, de acordo com o estudo da ILO (2000) é importante acompanhar as taxas de inscrição e renovação dos clientes pois constitui um indicador chave para analisar a satisfação. O mesmo se aplica às taxas de rescisão dos contratos, pois constitui um alerta para perceber o que está a correr mal para que os

clientes não renovem as suas taxas e como se pode ultrapassar essas limitações. Concluíram também que as principais causas para a não renovação dos contratos deve-se ao facto de, por um lado, muitas vezes os clientes não usarem o serviço, o que lhes provoca um sentimento de perda devido ao dinheiro que investiram e, por outro, alegam um valor elevado para a renovação das taxas. Esta situação pode ser minimizada através de:

- Reduções no valor da taxa de renovação do contrato para os clientes que não tenham utilizado o serviço durante o período de contrato ou que o tenham utilizado por um número de vezes inferior a um valor pré-estabelecido;
- Desconto na taxa de renovação para os indivíduos que trouxeram novos membros;

Outra maneira de difundir os microseguros consiste em aproveitar as oportunidades criadas pela lei, como por exemplo, tirar partido do facto de que por lei, os empregadores são, normalmente, obrigados a cobrir os custos médicos dos seus trabalhadores. Assim sendo, existe aqui um mercado que pode ser explorado pelas microseguradoras visto que basta convencer o director da empresa a aderir aos microseguros para todos os trabalhadores do que deixar as MFIs tentarem convencer individualmente cada pessoa/trabalhador a adquirir o microseguro. Defende também que este projecto deve ser iniciado com os trabalhadores da função pública (McCord, Osinde, 2005)

Conclusão

Com o intuito de incrementar o acesso aos seguros por parte das pessoas com baixos rendimentos, surgiu o microseguro, cujo objectivo é ajudá-las a precaverem-se face a incertezas futuras e aumentar a sua inclusão social.

Para a intensificação e expansão do microseguro deve-se verificar um papel interventivo por parte do Estado, nomeadamente em áreas como a educação financeira, de modo a que as pessoas compreendam o que são seguros, reestruturações ao nível legislativo, nomeadamente no que se refere aos capitais necessários para a constituição de empresas seguradoras e outras condições para atribuição de licença, clareza da linguagem utilizada nos contratos, produção de normas que permitam a oferta de produtos compostos ou, a criação de condições que possibilitem o recurso ao resseguro. No que concerne às empresas provedoras de seguros, o seu papel deve passar por reformular os canais de distribuição e as técnicas de marketing de modo a serem adaptados às necessidades deste novo mercado, reduzir os custos de transacção através da inovação tecnológica e eficiência das infra-estruturas de modo a reduzir os seus custos de gestão e, conseqüentemente, o valor do prémio a cobrar e, por outro lado, criar infra-estruturas que vão de acordo às necessidades dos potenciais segurados.

Em Angola, o mercado de seguros encontra-se relativamente pouco desenvolvido o que contribui para que os microseguros sejam praticamente desconhecidos. Os resultados do estudo mostraram que apenas 37% da população inquirida no município da Matala sabe o que são seguros e 22% o que são microseguros. No entanto, constatou-se que existe mercado para o desenvolvimento de microseguros pois 91% dos inquiridos declarou, após uma breve explicação sobre microseguros, estar disposto a adquirir o produto desde que satisfaça as suas necessidades.

Os microseguros mais pretendidos foram o de saúde, morte da pessoa que auferir o rendimento para o sustento familiar, despesas futuras de educação para os filhos, seguro de vida e compra de medicamentos. Esta ordem preferencial verificou-se nos dois municípios de análise (Lubango e Matala). É de assinalar que se verifica uma procura intensa para microseguros de funeral no município da Matala.

A investigação estudou, também, a situação do sistema de saúde do município da Matala e constatou que existe um número reduzido de facilidades de saúde pública, nomeadamente, dois hospitais, um centro de saúde e catorze postos de saúde para servir

222880 habitantes. Outras limitações verificam-se ao nível de qualificação e quantidade dos recursos humanos visto que, de acordo com CDPA (2009), existem apenas quatro médicos em todo o município. Outro problema prende-se com o abastecimento insuficiente e irregular de medicamentos.

Observou-se também que a principal limitação que a população enfrenta ao recorrer aos serviços de saúde prende-se, essencialmente, com a precariedade nos serviços prestados, a localização dos postos de saúde e a mobilidade devido à limitação dos meios de transporte do município, o seu custo e o tempo perdido na deslocação.

Em relação à qualidade da rede hospitalar da Matala, o estudo mostrou que esta apresenta algumas deficiências e diferenças comparativamente ao município do Lubango. Um dos exemplos é o facto de os inquiridos irem várias vezes aos serviços de saúde para tratar o mesmo problema. O estudo mostrou que a maioria dos inquiridos no município vai pelo menos duas a três vezes por mês aos serviços de saúde (e 21,79% vai de uma a três vezes por semana) ao passo que no Lubango a maioria dos inquiridos declara ir uma vez em cada três meses. Estas diferenças registam-se também na distância dos postos de saúde e no tempo de viagem até ao posto de saúde mais próximo.

Na região da Matala, mais de 20% dos inquiridos declarou residir a uma distância superior a 5km de um posto de saúde. Daqueles que vivem num raio de 5km-10km, 66,67% declarou deslocar-se a pé até ao posto de saúde mais próximo.

Em relação aos custos de transporte, o estudo mostrou que os inquiridos despendem entre 50AKZ a 200AKZ para se deslocarem até ao posto de saúde mais próximo. Estes valores são muito elevados, se tivermos em conta que o rendimento mensal médio declarado é de 500AKZ.

No que se refere ao tempo de espera, o estudo mostrou que, em ambos os municípios, este é bastante elevado visto que se registou uma elevada percentagem para a resposta referente ao tempo de espera superior a três horas. Ao factor de espera moroso adiciona-se, também, o facto de que muitas vezes os pacientes, quando chega a sua vez, não são atendidos porque o tempo de atendimento já terminou, o técnico médico e/ou os técnicos das máquinas não estão disponíveis, o que faz com que as pessoas tenham de ir várias vezes a esses serviços o que contribui para um impacto negativo no seu rendimento.

O projecto proposto de fornecimento de microseguro visa minimizar esse impacto e incrementar as condições sociais, nomeadamente de saúde, da população. Este projecto deve assentar num modelo *Partner agent* associado aos princípios de uma PPP, pois revela-se o mais indicado para a realidade do município dado que envolve a junção de competências de várias entidades com o intuito de explorar uma área comum que lhes é desconhecida. Assim, propõe-se a colaboração da administração municipal com, uma MFI, uma seguradora, provedores de saúde e outras organizações que apoiem o desenvolvimento social (ONG, igrejas e outros parceiros sociais).

A implementação do projecto passa por procurar desenvolver medidas como, a implementação do microcrédito, de modo a fomentar a inclusão financeira da população de baixos rendimentos e desenvolver competências que lhe permita gerir o risco e fazer face à incertezas a que está sujeita, contribuindo assim para o desenvolvimento e expansão do microseguro.

Para além do microcrédito, pretende-se dinamizar outros aspectos da microfinança, nomeadamente através da criação de determinados mecanismos de cobertura para os riscos de saúde a que a população está mais vulnerável, como a criação de uma linha telefónica de apoio médico, assistência médica (transporte) de modo a incrementar a mobilidade, estimular a medicina preventiva e desenvolver mecanismos para combater a escassez de medicamentos.

Estas medidas devem ser acompanhadas pela selecção de canais de distribuição o mais próximo possível dos clientes alvo, como por exemplo as MFIs e as ONG, entre outras, de modo a aumentar a sua eficiência. Devem, ainda, desenvolver-se políticas de marketing simples, transparentes e de confiança, de modo a atrair e fidelizar o cliente. Para tal, deve recorrer-se a entidades que transmitam confiança aos futuros clientes: neste caso, os sobas, as igrejas e a OMA serão as entidades privilegiadas.

A implementação deste projecto constitui um desafio e, possivelmente, um marco para incrementar as condições de vida dos mais carenciados, nomeadamente das mulheres, diminuindo a sua vulnerabilidade face às incertezas futuras e limitando, assim, a probabilidade de viver numa situação de pobreza extrema. Constitui também, um passo para o desenvolvimento da economia através da criação de mecanismos que permitem a captação de poupanças dos mercados informais, possibilitando assim a criação de riqueza para outros investimentos.

Referências bibliográficas

- 4th International Microinsurance Conference (2008), *Making the Insurance work for the poor*.
- Albarrás I. and Gonzáles Pablo A.(2007): Microseguros : *Fundamentos Tecnicos y Ambito de Aplicación de un Produtoen Expansion*. R.E.S, 131, pp. 296-310.
- Buor D. (2004): *Determinants of utilization of health services by women in rural and urban areas in Ghana*, Geo journal, pp. 89-102.
- Centro de Desenvolvimento de Parecerias em Angola (CDPA) 2009: *Perfil do Município da Matala, província da Huil*.
- Churchill C. (2007): *Insuring the Low-Income Market: Challenges and solutions for commercial insurers*, Geneva Papers, pp. 401-412.
- Cohen M., McCord Michael J. and Sebstad J. (2005): *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa*, Journal of International Development, pp. 319-325.
- ILO Setembro (2000): *Strategies and Tools Against Social Exclusion and Poverty (STEP)* – Health Micro-Insurance Compendium, pp. 1-4, pp. 43-45.
- International Association of Insurance Supervisors (IAIS) and Consultive Group to Assist the Poor (CGAP), (versão 2008): *Issues in Regulation and Supervision of Microinsurance*.
- McCord Michael J. (2000) : Health care microinsurance – *A synthesis of case studies from four health care financing programs in Uganda, Tanzania, India and Canbodia*, MicroSave.
- McCord Michael J., Mutesasira L., Mukwana P., Sekiranda A. (Dezembro-2000): *Microinsurance in Uganda: A case study of an example of the Partner – Agent model of microinsurance provision NHHP/FINCA Uganda – Health Care Financing Plan*, MicroSave.
- McCord Michael J. and Osinde Sylvia, (Novembro-2002): *Microcare Ltd. Health Plan (Uganda)*, MicroSave.
- McCord Michael J. and Osinde Sylvia, (2005): *Reducing vulnerability: The supply of health, microinsurance in east Africa*, Journal of International Development, pp. 327-381.

-
- McCord j., Matul M., Manje L., Radermacher R., Patel S., Roth J. (March 2008): *Vision of the future of microinsurance, and thoughts on getting there - The United States Agency for International Development*. Microinsurance Note # 9, DAY.
 - Microinsurance network, (2009): *Le Fonds pour l'innovation en micro-assurance et le groupe de travail sur la technologie: Micro-assurance : Améliorer la gestion des risques pour les populations pauvres*;
 - Sigma (No 6/2010): *Microinsurance – risk protection for 4 billion people*. Swiss Re.
 - YUNUS, M. *O Banqueiro dos Pobres. Edição em português*: ATICA- 2000;

Sítios da Internet

- Grameen Bank- www.Grameen-info.org
- World Bank- www.worldbank.org
- Microinsurance Center- www.microinsurancecentre.org
- Microsave- www.microsave.org
- Geneva Papers – www.genevaassociation.org